FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1961.

N° 604

THESE

pour le Doctorat en Médecine

(Diplôme d'Etat)

par

STROUC Claude,

né le 7 février 1926 à CONSTANTINE (Algérie)

Présentée et soutenue publiquement le

LE ROLE DE LA SECURITE SOCIALE CHEZ LA FEMME ENCEINTE DANS LE CADRE DE LA PROTECTION MATERNELLE & INFANTILE. (P.M.I.)

Le Président : M. LACOMME, professeur.

1961

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : STROUC

Prénom : Claude

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

1

STROUC (Claude). - Le rôle de la Sécurité Sociale chez la femme enceinte dans le cadre de la protection maternelle & infantile. - Paris 1961, 111 p.

Th. Méd. (Et.), Paris, 1961, N°).

2

STROUC (Claude). - Le rôle de la Sécurité Sociale chez la femme enceinte dans le cadre de la protection maternelle & infantile. - Paris 1961, 111 p.

Th. Méd. (Et.), Paris, 1961, N°).

3

STROUC (Claude). - Le rôle de la Sécurité Sociale chez la femme enceinte dans le cadre de la protection maternelle & infantile. - Paris 1961, 111 p.

Th. Méd. (Et.), Paris, 1961, N°).

4

STROUC (Claude). - Le rôle de la Sécurité Sociale chez la femme enceinte dans le cadre de la protection maternelle & infantile. - Paris 1961, 111 p.

Th. Méd. (Et.), Paris, 1961, N°).

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550206_0002

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1961. N°

T H E S E

pour le Doctorat en Médecine

(Diplôme d'Etat)

p a r

S T R O U C Claude,

né le 7 février 1926 à CONSTANTINE (Algérie)

Présentée et soutenue publiquement le

LE ROLE DE LA SECURITE SOCIALE CHEZ LA FEMME ENCEINTE DANS LE CADRE DE LA PROTECTION MATERNELLE & INFANTILE. (P.M.I.)

Le Président : M. LACOMME, professeur.

162

R. UNIV.
BIBLIOTHECA
LEIDEN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBIN (A), BENARD (H), BROCQ (P), BULLIARD (H), CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C), CHEVALLIER (P), DEBRE (R), DONZELOT (E), GASTINEL (P), GUILLAIN (G), HALPHEN (E), HARVIER (P), HAZARD (R), HEUYER (G), LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LAUBRY (C), LEVY-SOLAL (E), LHERMITTE (J), LIAN (C), LOEPER (M), MARION (G), MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONDOR (H), MONOD (R), MOREAU (R), MULON (P), OLIVIER (E), RICHET (C), STROHL (A), TANON (L), VELTER (E).

DOYEN . . . . . Léon BINET.
Membre de l'Institut

ASSESSEUR . . . . . Jean VERNE.

I. - PROFESSEURS

		MM.
Anatomie		CORDIER (G)
Anatomie (Chaire à titre personnel)		DELMAS (A)
Anatomie pathologique		DELARUE (J)
Anesthésiologie		BAUMANN (J)
Bactériologie		FASQUELLE (R)
Biochimie médicale		JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports		CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale		FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale		BERNARD (J)
Clinique carcinologique (Inst. G. Roussy)		REDON (H)
Clinique cardiologique (Broussais)		MOUQUIN (M)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	SICARD (A)
	Cochin	QUENU (J)
	Hôtel-Dieu	MENEGAUX (G)
	Saint-Antoine	GOSSET (J)
	Salpétrière	MOULONGUET (P)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)		MERLE D'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)		MATHEY (J)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J)
Clinique génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M)
Clinique gynécologique (Broca)		FUNCK-BRENTANO (P)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)		DEGOS (R)

.../...

Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		CATHALA (J)
Cliniques des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)		DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang (Broussais) .		MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpétrière)		ALAJOUANINE (T)
Cliniques médicales	Broussais	GENNES (L. de)
	Cochin	JUSTIN-BESANCON (L)
	Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
	Lariboisière	SOULIE (P)
	Pitié	DREYFUS (G)
	St-Antoine	KOURILSKY (R)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)		DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR	VALLERY-RADOT (L)
Clinique médico-sociale du diabète et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)		DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		PETIT-DUTAILLIS (D)
Cliniques obstétricales..	Baudelocque	LACOMME (M)
	Port-Royal	N...
	Tarnier	VARANGOT (J)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)		RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)		AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)		MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec) .		BERNARD (E)
Clinique psychiatrique infantile (Salpétrière)		MICHAUX (L)
Clinique de puériculture (St-Vincent-de-Paul)		LELONG (M)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)		COSTE (F)
Clinique stomatologique (Pitié)		DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)		SENEQUE (J)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)		LEMAIRE (A)
Clinique urologique (Cochin)		FEY (B)
Electrophysiologie médicale (chaire à titre personnel)		DJOURNO (A)
Embryologie		GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		N...
Histologie		VERNE (J)
Hygiène des collectivités (chaire à titre personnel)		DEPARIS (M)

.../...

Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P)
Médecine du travail	DESOILE (H)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie	GALLIARD (H)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R)
Pathologie exotique	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel ...	MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (R)
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL (J)
Physiologie	BINET (L)
Physiologie (chaire à titre personnel)	BARGETON (D)
Physique médicale	DOGNON (A)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale	PATEL (J)
Thérapeutique	BROUET (G)

II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Anatomie	CABROL (C) COUINAUD (C) OLIVIER (G) GAUTHIER-VILLARS Mlle P. pr.s.ch.
Anatomie pathologique	BUSSER (F) GOUYGOU (Ch) ORCEL (L) PAILLAS (J)
Anesthésiologie	VOURC'H (G) NEVOT (A) pr.s.ch.
Bactériologie	BARBIER (P) CHRISTOL (D) TOURNIER (P)
Biochimie médicale	DESGREZ (P) p.s.ch. POLONOSKI (J) m.co. SCHAPIRA (G) m.co.
Biologie médicale	BOURLIERE (F) m.co.
Carcinologie	DENOIX (P) MATHE (G)

.../...

Dermato-Syphilligraphie	DUPERRAT (B)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G) DAUSSET (J)
Histologie	COUJARD (R) pr.s.ch. MAROIS (M) RACADOT (J)
Hydrologie	CORNET (A)
HYgiène	BOYER (J) pr.s.ch. CORRE-HURST (Mme L)
Maladies infectieuses	BASTIN (R) DUPONT (V)
Médecine légale	DEROBERT (L) pr.s.ch. HADENGUE (A) FOURNIER (E) GUENIOT (M)
Médecine du travail	ALBAHARY (C)
Neuro-chirurgie	DAVID (M)
Neurologie	LHERMITTE (F)
Obstétrique	GRANJON (A) HERVET (E) LE LORIER (G) MORIN (P) MUSSET (R) ROBEY (M) THOYER-ROZAT (J)
Ophtalmologie	BREGEAT (P) SARAUX (H)
Orthopédie	JUDET (R) RAMADIER (J)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J)
Parasitologie	BRUMPT (L.C) p.s.ch. CHABAUD (A)

.../...

Pathologie chirurgicale	BARCAT (J) BINET (J-P) CAUCHOIX (J) CHATELIN (C-L) DUBOST (Ch) DUBOST (Cl) FAUREL (J) FLABEAU (F) GERMAIN (A) LAURENCE (G) agr.per LORTAT-JACOB (J.L) LOYGUE (J) MERCADIER PERROTIN (J) ROBERT (H) THOMERET (G)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J)
Pathologie expérimentale	CROSNIER (J) HARTMANN (L) LOEPER (J) MAURICE (J) PLAS (F) RICHET (G)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M) BOUR (H) BOUVIER (J) BOUVRAIN (Y) BRICAIRE (H) BRISSAUD (H) BROCARD (H) BUGE (A) CASTAIGNE (P) m.co. CATINAT (J) CONTAMIN (F) COURY (C) FREZAL (J) HOUSSET (E) LAROCHE (Cl) LESOBRE (R) MACREZ (C) NICK (J) PEQUIGNOT (H) m.co. ROYER (P) WOLFROMM (R)

.../...

Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R) MANDE (R) MOZZICONACCI (P) POLONOVSKI (C) ROSSIER (A)
Pharmacologie	LEVY (Mlle J) p.s.ch. BOISSIER (J) LECHAT (P)
Physiologie	PARROT (J) pr.s.ch. DEJOURS (P)
Physique médicale	GOUGEROT (L)pr.s.ch.
Pneumo-phtisiologie	KREIS (B)
Psychiatrie	PICHOT (P)
Psychiatrie infantile	DUCHE (D)
Rhumatologie	DELBARRE (F)
Stomatologie	CERNEA (P) CHAPUT (MmeA) m.c.agr. GRELLET (M)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P) LAMOTTE (M)
Urologie	QUENU (L)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

Clinique chirurgicale	ABOULKER (P) AMELINE (A) HUGUIER (J) LEGER (L) OLIVIER (C) PADOVANI (P) POILLEUX (F) ROUX (M) VERNE (J-M)
Clinique médicale	HAGUENAU (J)p.s.ch. BOUDIN (G) CONTE (M) DOMART (A) MILLIEZ (P) PERRAULT (M) RAMBERT (P) THIEFFRY (S) TURIAF (J)

.../...

Clinique neuro-rhumatologique.....	SEZE (S.de) GRASSET (J) LEPAGE (F)
Clinique obstétricale	MAYER (M) MERGER (R) RAVINA (J)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P) OFFRET (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R)
Clinique psychiatrique	BARUK (H)
Clinique urologique	KUSS (R)

IV. - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES .

Bactériologie	HAUDUROY (P) Pr.s.ch.
Biochimie médicale	ETTORI (J) Pr.à t.per.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J) Pr.s.ch.

Secrétaire général de la Faculté ..	M.LENA (J)
Secrétaires	Mme BEURLAND (H) Mlle CHAINTREUIL (G) Mlle HURE (A)
Conservateur, chargé de la direction de la bibliothèque	M. le Docteur HAHN (A)
Conservateurs	Mlle DUMAITRE (P) Mlle GOICHON (A-M)
Bibliothécaires	Mme CONTET (J) Mlle LAURENT (H) Mlle LENOIR (G) Mlle QUIEVREUX (E)

Par délibération du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS,

en témoignage de mon affection
et de ma reconnaissance.

A MA FEMME, A MES ENFANTS,

avec toute ma tendresse.

A MES AMIS.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR M. LACOMME,

Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris,
Gynécologue-accoucheur des Hôpitaux

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence
de notre thèse.

Qu'il veuille trouver ici l'expression
de ma respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROGER SFEDJ,

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE DE SANTI,
Professeur agrégé d'Hygiène et de Médecine Sociale à la Faculté de Médecine de Marseille.

Nous lui sommes profondément reconnaissant de l'aide qu'il nous a apporté pour la réalisation de ce travail.

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. WEILL-SPIRE,
Ancien Chef de Clinique à la Faculté,
Médecin-chef de la Protection Maternelle
et Infantile à la Caisse Centrale Parisienne
de Sécurité Sociale.

A MADEMOISELLE DE SAINTE MARIE,
Chef de Division de la Prévention Générale
à la Caisse Régionale Parisienne de
Sécurité Sociale.

A MADAME ARQUIN,
Caisse Centrale Parisienne de Sécurité Sociale.

A MONSIEUR CHATEAU,
Directeur Général de la Caisse Régionale de
Sécurité Sociale pour le Sud-Est.

A MONSIEUR GABRIELLI,
Président des Mutuelles des Bouches du Rhône.

En remerciements pour leur aide.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J.P. GUILLAUMIN,
Gynécologue-accoucheur,
Chef de Service à la Maternité de
l'Hôpital Saint Denis.

De multiples liens nous unissent à lui.
Nous lui sommes reconnaissant des
conseils qu'il n'a cessé de nous
prodiguer depuis de nombreuses années.
Nous le prions d'accepter l'expression
de notre dévoué et sincère attachement.

LE ROLE DE LA SECURITE SOCIALE CHEZ LA FEMME ENCEINTE DANS LE CADRE DE LA PROTECTION MATERNELLE & INFANTILE (P.M.I.).

AVANT PROPOS.

Depuis la fin du siècle dernier, les problèmes sociaux ont pris une place croissante dans tous les pays évolués.

Cette tendance a eu en France une ampleur toute particulière, que ce soit sur le plan de la santé ou dans le domaine de l'assistance et des Assurances Sociales.

Il suffit de rappeler l'importance accordée ces dernières années à la politique de la famille, à la Sécurité Sociale, à la P.M.I., pour mesurer combien le souci du progrès social a imprégné la politique française.

Dans cette thèse, nous nous proposons d'étudier les problèmes de la P.M.I. et bien que la protection de l'enfant puisse difficilement être séparée de celle de sa mère, nous limiterons notre sujet à l'assistance de la femme enceinte ou en couches.

Pour cette raison et en tenant compte du fait que le but essentiel de cette assistance vise avant tout à la santé du produit de conception, nous ferons une large part à l'étude de la mortinatalité et de la mortalité infantile des premiers jours, ayant un rapport avec l'état de gestation.

Enfin, les mesures de P.M.I. n'ayant pu se manifester pleinement que grâce à l'avènement des lois sociales de 1945 nous envisagerons tout particulièrement "LE ROLE DE LA SECURITE SOCIALE CHEZ LA FEMME ENCEINTE DANS LE CADRE DE LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE" (P.M.I. : Abréviation que nous utiliserons tout au long de cet exposé).

Au cours de cette étude, nous adopterons le plan général suivant :

- 1ère partie : Evolution des lois sociales en général et définition de la Sécurité Sociale.
  Historique des lois d'assistance aux femmes enceintes ou en couches.

- 2ème partie : La Protection maternelle et infantile.
- 3ème partie : La protection de la femme enceinte par la Sécurité Sociale.
- 4ème partie : Les résultats de la politique de P.M.I.
- 5ème partie : Suggestions en vue de l'orientation actuelle de la P.M.I.
- 6ème partie : Résumé et conclusions générales.

PREMIERE PARTIE.

I - EVOLUTION DES LOIS SOCIALES EN GENERAL .

II - DEFINITION DE LA SECURITE SOCIALE.

III - HISTORIQUE DES LOIS D'ASSISTANCE AUX FEMMES ENCEINTES OU EN COUCHES.

La première partie de notre thèse, destinée à suivre l'évolution des lois sociales depuis leur origine , comportera trois chapitres :

- Le premier chapitre montrera l'évolution des lois sociales en général, aboutissant au plan français de Sécurité Sociale de 1945.

  Ce chapitre se terminera par l'étude succincte de la structure de la Sécurité Sociale, de son organisation, de ses ressources, des risques couverts et enfin des personnes bénéficiant de ses mesures.

  Ces notions générales nous éloignerons quelque peu du sujet de notre thèse, mais il nous semble utile d'en faire l'étude pour mieux comprendre ce que représente l'Organisme qui dispense ses prestations aux femmes enceintes.

- Un deuxième chapitre aura trait ensuite à l'historique des dispositions particulières prises en faveur des femmes enceintes ou en couches, cette évolution aboutissant à la législation régissant actuellement la P.M.I.

PREMIER CHAPITRE.

I.- EVOLUTION DES LOIS SOCIALES EN GENERAL.

L'histoire de la sécurité sociale, terme pris dans son sens le plus large, est celle d'un transfert progressif de la responsabilité ou de la protection sociale des individus à des groupements plus forts et plus aptes à assurer cette protection.

Cette évolution s'est effectuée en fonction du mouvement des idées résultant de la structure sociale, de la démocratie et des conditions économiques.

On distinguera donc plusieurs étapes dans cette évolution et de façon schématique on pourrait en noter trois:

1/. Au cours de la première période que l'on verra s'étendre des temps anciens jusqu'au milieu du 18e. siècle, la famille était aidée en cas de malheur par des Institutions religieuses qui tiraient leurs ressources de nombreux dons en argent et en nature. En outre, depuis l'époque Romaine et de façon sporadique une aide a toujours été apportée dans le cadre de la profession.

C'est sous l'influence des philosophes du 18e. siècle, qui considéraient l'assistance comme un droit aux victimes de l'état social et une dette pour la Société, que les lois révolutionnaires ont posé le principe que l'assistance était un service public National. En même temps, les corporations étant supprimées, toute aide professionnelle disparaissait.

C'est en partant de ce principe que l'assistance publique s'est développée au cours des 19e et 20e siècles, sans que les collectivités publiques n'en aient d'ailleurs gardé le monopole.
En effet les pouvoirs publics laissèrent subsister la bienfaisance privée dont le rôle est resté jusqu'à nos jours des plus importants.

2/. Au cours de la 2e. étape, allant du début du 19e siècle jusque vers 1880, la prévoyance individuelle se développa sous de nombreuses formes, aidée ou dirigée par les pouvoirs publics.

A la suite d'initiatives individuelles ou d'interventions des pouvoirs publics on a vu naître de façon anarchique des institutions, les unes désintéressées, les autres dans un but lucratif.

Ainsi , les moyens de défense en cas de malheur étaient réalisés par les Caisses d'épargne, les Monts de piété, les Compagnies d'assurances, la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse .
Parmi ces institutions il faut citer en particulier le rôle joué par deux d'entre elles:

a). Les Caisses d'Epargne publique, qui ont permis aux salariés de constituer un petit pécule.
Ce moyen qui laissait à chacun sa liberté fournissait la possibilité de se prémunir contre n'importe quelle éventualité.

Mais pour la grande majorité des travailleurs, les bas salaires et les familles nombreuses, ne leur laissait aucune marge d'épargne et ils restaient démunis en cas de maladie ou de chomage.

Cependant, les ouvriers qualifiés, dont les salaires étaient plus importants, purent utilement bénéficier de ces mesures.

b). Les assurances privées, parmi lesquelles il faut distinguer les Sociétés Mutuelles et les Compagnies Privées d'Assurances.

Les premières étaient des organismes désintéressés, qui, en échange du versement périodique d'une cotisation, s'engageaient à aider leurs membres en cas de maladie ou de décès.
Mais pour faire face aux frais importants qu'elles devaient couvrir ces Sociétés avaient tendance à écarter de leur système les personnes âgées ou de santé précaire.

Quant aux Compagnies d'Assurances, elles déterminaient leurs cotisations en fonction des risques à couvrir et plus encore que dans le cas précédent, elles éliminaient les personnes susceptibles de constituer des "mauvais risques".

En fait, ces deux moyens, Caisses d'épargne publique et Assurances privées ne s'adressaient pas toujours aux personnes ayant le plus besoin de protection, l'homme pauvre ne pouvant avoir pour unique préoccupation que d'assurer sa subsistance au jour le jour.

En même temps se dessinait une tendance nouvelle, qui consistait à rendre l'employeur responsable de l'entretien du travailleur en cas de maladie. Toutefois cette responsabilité est restée le plus souvent limitée à l'indemnisation en cas de lésion résultant de l'emploi.
A ceci il fallait encore ajouter une restriction car si les grandes entreprises pouvaient se permettre de faire face à ces frais, les artisans employant un petit nombre d'ouvriers en étaient le plus souvent incapables.

Enfin au cours de cette période un certain nombre de lois sociales ont été votées, mais leur but était de défendre la Société contre les dangers que lui faisait courir le paupérisme.
Ce sont les lois de : 1811 sur les enfants assistés,
1838 sur les aliénés,
1851 sur les hôpitaux.

3/. La troisième période allant de la fin du 19e siècle à 1945 vit se dégager progressivement les principes de l'assistance publique.

Ainsi, les personnes sans ressources recevaient le droit aux secours de la collectivité en vertu des lois du 15 juillet 1893 sur l'Assistance médicale gratuite, du 9 avril 1898 sur la réparation des accidents du travail, du 27 juin 1904 sur les enfants assistés et enfin du 14 juillet 1905 sur l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables.

Vers la fin du 19e siècle, dans des nombreuses industries et plus particulièrement dans les mines et les chemins de fer, se développèrent des institutions de retraite et de prévoyance en cas de maladie, alimentées par des retenues sur les salaires des ouvriers et des versements patronaux.

Ces mesures d'inspiration privée furent officialisées par les lois du 29 juin 1894 et du 21 juillet 1909, puis étendues à d'autres catégories de travailleurs.

Mais c'est surtout à l'occasion du retour de l'Alsace-Lorraine à la France, en 1919, qu'un grand pas fut réalisé. En effet, ces territoires bénéficiaient d'un système d'assurances sociales institué en Allemagne entre 1883 et 1889.

Ce système était basé sur le principe de cotisations obligatoires versées par les travailleurs qui en revanche, étaient désormais protégés par des mesures de sécurité sociale capables de leur apporter une assistance en temps utile.
L'extension de ces lois sociales en vigueur en Alsace-Lorraine à tout le territoire a été consacrée par les lois du 5 avril 1928, du 5 août 1929 et du 30 avril 1930.
Ces lois instituaient un régime d'Assurances Sociales couvrant les salariés contre la maladie, la maternité, le décès, l'invalidité et la vieillesse.

En plus de ces réalisations s'inspirant du système social Allemand, le régime social français s'engageait dans une voie inédite, celle d'une aide destinée tout particulièrement aux familles, venant accroître et compléter les avantages sociaux apportés aux travailleurs par les Assurances Sociales.

Pour favoriser la natalité et permettre aux familles pauvres d'élever leurs enfants dans les meilleures conditions, la loi du 11 mars 1932 consacra et généralisa pour tous les salariés du commerce et de l'industrie l'institution des Caisses de compensation.
Ces caisses créées et multipliées depuis 1919 par l'initiative patronale permettaient de verser des Allocations Familiales aux salariés.

Enfin, au cours de la période comprise entre 1932 et 1945, la législation sur les Assurances Sociales et les Allocations Familiales, subira une série de retouches successives, en s'engageant de plus en plus dans la voie d'une politique sociale familiale et en traitant chacune des grandes questions sociales en fonction de la famille.

C'est ainsi que la législation sur les Allocations Familiales a été refondue dans le "Code de la Famille" du 29 juillet 1939, qui constitue un plan de redressement de la natalité.
Ce texte eut pour objet d'étendre le bénéfice des Allocations Familiales à toute la population active sur des bases améliorées, de créer une prime à la première naissance, de soulager le contribuable chargé d'enfants , d'aggraver la répression de l'avortement et de venir en aide à la maternité et à l'enfance.
L'intérêt de ce plan réside dans le fait qu'il représente un premier effort d'unification de mesures disparates ne pouvant atteindre convenablement leur but à cause de leur dispersion.

Par la suite, les Allocations Familiales ont encore été étendues aux chomeurs en 1940, aux vieux travailleurs, aux veuves et aux invalides en 1947.

Ainsi, à la fin de cette 3e étape on constate l'existence d'institutions multiples et de législations fragmentaires, souvent mal coordonnées, ne permettant de couvrir que certains éléments de la population seulement. C'est dans un désir d'unification, déjà manifesté partiellement dans le Code de la famille, que le législateur a réalisé en 1945 le plan de Sécurité sociale actuellement en vigueur et que nous allons maintenant étudier.

II. LE PLAN DE SECURITE SOCIALE DE 1945.

Ce plan est contenu dans un certain nombre de textes fondamentaux dont les principaux sont :

1/. L'ordonnance n° 45-2250 du 4 octobre 1945 qui a établi une organisation de la Sécurité Sociale en prévoyant un réseau coordonné de Caisses dont la structure et les attributions seront étudiées dans un chapître ultérieur.

2/. La refonte complète de la Législation sur les Assurances Sociales a été opérée par l'Ordonnance du 19 octobre 1945 et la réforme de la Législation sur les Prestations familiales a été réalisée par la loi du 22 août 1945 qui a accru l'aide apportée aux familles et l'a étendue pratiquement à toute la population.

3/. La loi du 30 octobre 1946 sur les Accidents du travail.

L'étude générale de ce plan de sécurité sociale en appelle à plusieurs considérations :

1/. Ce plan se propose de garantir un minimum d'existence, quoiqu'il arrive, en face de toutes les circonstances susceptibles de réduire ou de supprimer la capacité de gain des travailleurs - et à couvrir dans une certaine mesure les charges de famille qu'ils supportent.

2/. Certaines préoccupations dominantes ont inspiré le législateur et en particulier la situation démographique, caractérisée par une dénatalité croissante et une augmentation continue des éléments âgés de la population.
C'est pourquoi une place prépondérante à été réservée aux prestations familiales.
De même toute une organisation de soins et de prévention des maladies a été mise en oeuvre.

3/. C'est dans un souci majeure d'unité que ce plan a été conçu et cette notion se retrouve dans plusieurs domaines:

a). Il établit l'unité des législations antérieures portant sur les assurances sociales, les allocations familiales, et les accidents du travail, considérées jusqu'alors comme indépendantes.

b). Cette unité se retrouve également dans une organisation commune des institutions chargées de les appliquer en instituant un réseau de caisses qui assurent la gestion du système.

c). L'unité de gestion apparaît dans l'adoption d'une base salariale uniforme pour le calcul des diverses prestations.

d). Elle s'est enfin exprimée dans un effort de généralisation tendant à accroître à l'ensemble de la population certaines prestations réservées dans le passé aux seuls salariés ou à certaines catégories d'entre eux.

4/. Cependant cette unité n'a pu être réalisée dans certains domaines:

a). Certaines prestations ne sont pas étendues à toutes les couches de la population, alors que d'autres telles les allocations prénatales ou de maternité le sont.

b). Par ailleurs le système obligatoire de la sécurité sociale se décompose en plusieurs régimes juxtaposés et l'on distingue le "Régime Général" qui englobe 70% des travailleurs, et des régimes spéciaux, notamment ceux des salariés de l'agriculture, des mines, des chemins de fer, ceux des fonctionnaires et des militaires.

Ces régimes spéciaux existaient déjà avant 1945 et ils ne font pas partie du régime général car ils offrent à leurs adhérents des avantages plus importants que ceux accordés par ce Régime.

5/. Enfin ce plan de sécurité sociale a posé le problème de la gestion de ses institutions.

L'évolution du mouvement ouvrier et en particulier du syndicalisme a conduit le législateur à associer les représentants qualifiés des travailleurs à ceux des employeurs dans la gestion des caisses.

Ces représentants constituent des organismes privés, financés par des cotisations obligatoires, dont la gestion ne se confond pas avec celle de l'Etat.

6/. Telles sont les caractéristiques du plan français de sécurité sociale de 1945 dont nous allons maintenant étudier:

- l'organisation;
- les ressources;
- les risques couverts;
- les bénéficiaires de ces mesures.

III. STRUCTURE DE LA SECURITE SOCIALE.

Comme nous l'avons vu précédemment, le système obligatoire de Sécurité Sociale se décompose en un régime général et en régimes spéciaux.

Avec 12 millions d'adhérents, le régime général couvre 70 % des assurés sociaux et c'est de ce régime dont il sera question dans les lignes suivantes.

L'étude succincte de la structure de la sécurité sociale nous amène à envisager :

1/. ORGANISATION DE LA SECURITE SOCIALE.

L'organisation du régime général comporte une administration chargée d'un rôle de Direction et de contrôle, et des Caisses ayant une mission de gestion.

A/. L'ADMINISTRATION comprend des Services Centraux et des Directions Régionales.

a). Le Ministre des Affaires sociales (Secrétariat d'Etat au travail et à la Sécurité Sociale) est au sein du Gouvernement responsable de l'ensemble de la politique générale de Sécurité Sociale, devant le Parlement et le Pays.

Il est assisté dans l'exercice de cette mission, d'une Direction Générale de la Sécurité Sociale, qui prépare l'ensemble des textes nécessaires à la mise en oeuvre du régime français de sécurité sociale.

Il est également assisté par de multiples Conseils dont les plus importants sont le Conseil Supérieur de la Sécurité Sociale et la Commission Supérieure des Allocations Familiales.

b). L'exécution de la législation est contrôlée sur le plan local par l'intermédiaire des Directions régionales de sécurité sociale.

Au nombre de 16, ces directions constituent un chainon entre la Direction Générale et les Caisses.

B/. LES CAISSES DE SECURITE SOCIALE.

a). Elles forment deux réseaux parallèles, l'un chargé des Assurances Sociales, l'autre des prestations familiales, ces deux réseaux étant coiffés par la Caisse Nationale de sécurité sociale.

Le premier de ces réseaux comprend des Caisses primaires destinées à intervenir sur le plan local. Chaque caisse a une circonscription définie et rassemble tous les travailleurs ayant leur lieu de travail dans cette circonscription.
Au nombre de 122, elles ont pour mission l'encaissement des cotisations d'assurance sociale, et le fonctionnement du Service des prestations des assurances maladie, maternité et décès. En outre elles exercent une action sanitaire et sociale en faveur des assurés de leur circonscription.
Notons que dans la Région parisienne et dans certaines grandes agglomérations on a créé une Caisse primaire centrale à laquelle sont subordonnées des Caisses locales. Enfin, ce réseau comporte des Caisses régionales, au nombre de 16, chargées de la gestion de l'assurance invalidité. Ces Caisses régionales coordonnent en outre, l'ensemble de la politique sanitaire et sociale, dans le cadre de la région.

Le 2e. de ces réseaux est formé par un ensemble de 114 caisses d'Allocations Familiales.
Ces caisses ont pour mission l'encaissement des cotisations d'allocations familiales, le fonctionnement du Service des prestations familiales de toute nature et la mise en oeuvre d'une politique sociale d'aide aux familles allocataires.

La Caisse Nationale de Sécurité Sociale assure au sommet de la hiérarchie la compensation nationale des charges entre toutes les caisses de sécurité sociale d'une part, et les caisses d'allocations familiales d'autre part.
Elle a également pour mission de coordonner sur le plan national la politique sanitaire et sociale de tous les organismes.

b). A l'exception de la caisse nationale qui est un établissement public, toutes les caisses de sécurité sociale et d'allocations familiales ont un statut juridique de droit privé.
En effet, ce sont des institutions autonomes du point de vue financier. Ces institutions sont administrées par des conseils d'administration, élus pour 5 ans, qui sont formés par des représentants des travailleurs et ceux des employeurs pour les caisses de sécurité sociale - par des représentants des travailleurs salariés, des employeurs et des travailleurs indépendants pour les caisses d'allocations familiales.

c). Enfin, notons que les différentes caisses se sont groupées en 2 grandes fédérations :

- l'U.N.C.A.F ou union nationale des caisses d'allocations familiales.

- la F.N.O.S.S ou fédération nationale des organismes de sécurité sociale, qui rassemble les caisses de sécurité sociale.

Ces 2 groupements sont l'interprète des caisses auprès du Gouvernement.

2/. LES RESSOURCES DE LA SECURITE SOCIALE.

Ces ressources proviennent exclusivement de cotisations versées par les employeurs et les assurés.

Pour les Assurances Sociales cette cotisation est de 16% du salaire de l'ouvrier, dont 10% à la charge de l'employeur et 6% à la charge du salarié.
C'est à l'employeur qu'il incombe de retenir lors de chaque paye, la cotisation ouvrière et d'en effectuer le versement aux caisses.

La cotisation destinée à financer les prestations familiales des travailleurs salariés incombe aux seuls employeurs. Elle est fixée à 16,75% du salaire. Pour les travailleurs indépendants il s'agit d'une cotisation annuelle variant suivant l'importance du revenu professionnel.

Ces cotisations sont recueillies par les caisses primaires de Sécurité Sociale pour les Assurances Sociales, par les caisses d'Allocations Familiales pour les prestations familiales. Actuellement les caisses tendent de plus en plus à faire encaisser ces cotisations par des organismes nouvellement crées, appelés Unions de Recouvrement, lesquels les répartissent ensuite entre les diverses caisses.

3/. LES RISQUES COUVERTS PAR LA SECURITE SOCIALE.

Comme nous l'avons vu ce sont tous les risques sociaux susceptibles de réduire ou de supprimer la capacité de gain des travailleurs, et par là d'entrainer une dégradation de leurs conditions de vie individuelles ou familiales.

Ces risques sont couverts par un système de Régimes Obligatoires comprenant 3 branches :

- Les Assurances Sociales qui couvrent les risques de
  maladie
  d'invalidité
  de vieillesse
  de décés et
  les charges de maternité.

- Les Accidents du Travail et les Maladies Professionnelles.
- Les prestations familiales.

On peut dire que les prestations de la Sécurité Sociale revêtent le caractère d'un salaire de remplacement tandis que celles des caisses d'Allocations Familiales ont celui d'un salaire de complément.

4/. LES BENEFICIAIRES DES MESURES DE SECURITE SOCIALE.

Les Assurances Sociales sont étendues à tous les salariés quel que soit le montant de leur salaire, la forme, la nature et la validité de leur contrat. De même, quel que soit le lieu de leur travail, leur âge et leur sexe.
Peuvent donc bénéficier des Assurances Sociales tous les travailleurs placés sous la dépendance économique d'un tiers.

D'autre part, le bénéfice de ce régime a été étendu à des catégories sociales, qui bien que n'étant pas salariées, sont particulièrement dignes d'intérêt. C'est ainsi que le bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité a été accordé aux étudiants en 1948 et aux invalides, veuves et orphelins de guerre en 1950.

En même temps que l'assuré social, le conjoint et ses enfants à charge bénéficient également de ces mesures.

Quant aux éléments non salariés de la population, autres que les membres de la famille des salariés, la législation générale sur les prestations familiales leur est seule applicable.

5/. EN CONCLUSION.

La Sécurité Sociale apparaît comme une institution formée d'un ensemble d'organismes autonomes financièrement, ayant un statut juridique de droit privé, et contrôlés par l'Etat.

C'est aux intéréssés eux-mêmes qu'ont été confiés leurs intérêts puisque les Conseils d'Administration de ces organismes sont formés par les représentants de leurs cotisants.

Les ressources obtenues par des cotisations obligatoires sont ensuite distribuées dans l'intérêt général :

- Aux salariés pour les Assurances Sociales.

- A tous les éléments de la population pour les Prestations Familiales.

Du point de vue statistique si l'on veut définir de façon concrète le Sécurité Sociale, l'on constate que sur une population totale de 43 millions d'habitants environ, et une population active d'environ 21.500.000 personnes, on compte plus de 12 millions de salariés.

De plus, on évalue à 12 millions de personnes le nombre des ayants droit des salariés qui sont tous assujettis et cotisent aux régimes général et spéciaux de la Sécurité Sociale.

C'est donc à plus de 24 millions de personnes, c'est à dire près de 60% de la population totale de la France, que le bénéfice du système de Sécurité Sociale des salariés a été étendu.

DEUXIEME CHAPITRE.

LOIS D'ASSISTANCE AUX FEMMES ENCEINTES OU EN COUCHES.

Comme ce fut le cas pour la protection générale des individus, la protection sociale de la femme enceinte a été réalisée à l'origine et pendant de nombreuses années par des institutions religieuses et privées.
Ces oeuvres, telles " La Charité Maternelle " ou " La Mutuelle Maternelle " ont devancé l'action de l'Etat ou des communes qui ont secondairement apporté une aide à ces organismes sous forme de subventions.

Ce n'est que vers la fin du XIXe siècle que l'on verra apparaître les premières lois sociales s'intéressant aux femmes enceintes. Parmi ces textes législatifs, un certain nombre d'entre eux ont marqué une étape dans l'évolution des lois d'assistance aux femmes en état de grossesse, et il convient de citer:

1/. La LOI du 15 JUILLET 1893 qui a assimilé l'état de gestation à l'état de maladie et consacré le droit aux soins médicaux pour les femmes enceintes privées de ressources.

2/. La LOI du 27 NOVEMBRE 1909 - ou loi ENGUERRAND - qui a accordé aux ouvrières et aux employées de commerce un droit à un repos de 2 mois à l'occasion de l'accouchement.
Cependant ce repos n'était pas rétribué et pour en bénéficier la femme devait prévenir son employeur et lui indiquer les raisons de son absence.

3/. La LOI du 15 MARS 1910 qui étendit cette mesure aux institutrices et d'autre part leur repos de 2 mois était rétribué intégralement. De plus ce congé pouvait être prolongé avec plein traitement pendant une nouvelle période de 2 mois, sur production d'un certificat médical.

4/. La LOI du 13 JUILLET 1911 qui fit bénéficier de ces mesures les employées des PTT.

5/. En 1913 les lois du 17 JUIN et du 30 JUILLET étendirent encore le bénéfice des lois précédentes à un plus grand nombre de travailleuses tout en les complétant par des mesures prophylactiques importantes.
Ces lois, appelées "LOIS STRAUSS" attribuaient une allocation journalière à toute femme enceinte de nationalité Française se livrant habituellement chez autrui ou chez elle à un travail salarié.
Pour avoir droit à cette allocation, attribuée au maximum pour les 4 semaines précédant l'accouchement, la parturiente était dans l'obligation de produire un certificat médical attestant qu'elle ne pouvait continuer son travail " sans danger pour elle-même ou pour son enfant."
Après l'accouchement l'allocation était obtenue de plein droit sur présentation de l'extrait de naissance de l'enfant.

De plus l'allocation de la loi Strauss ne pouvait être attribuée qu'aux femmes ne possédant d'autres ressources que celles de leur travail, et être cumulée avec aucun autre secours public de maternité.

Enfin, une notion importante intervenait, car pour obtenir le bénéfice de cette allocation la femme était astreinte à observer le repos et les règles de l'hygiène.

6/. Les LOIS des 23 JANVIER et 2 DECEMBRE 1917 qui étendirent le bénéfice de la loi Strauss à toutes les femmes de nationalité Française dépourvues de ressources suffisantes. En outre l'allocation de repos pouvait désormais être cumulée avec d'autres secours mutualistes ou privés.

7/. La LOI du 24 OCTOBRE 1919 qui permit l'attribution à toutes les Françaises bénéficiant des lois sur les femmes en couches, d'une indemnité supplémentaire pendant un an après l'accouchement.
Cette mesure constituait donc un nouveau et important progrés puisque cette indemnité représentait l'ébauche du système actuel d'allocations familiales.

8/. Nous avons vu, dans le chapitre précédent quels progrés avaient été réalisés par les lois du 5 AVRIL 1928 et du 30 AVRIL 1930, qui instituaient un régime d'Assurances Sociales et dans quelle voie d'aide sociale particulièrement destinée aux familles s'engageait la Législation Française.

Il semble que la partie de cette législation consacrée à la femme enceinte se soit inspirée pour une grande part de la loi du 24 octobre 1919, mais également de la CONVENTION votée à Washington le 29 octobre 1919, lors de la CONFERENCE GENERALE DE L'ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL.
A l'issue des travaux de cette organisation il a été décidé :

- Dans tous les établissements industriels ou commerciaux publics ou privés, la femme enceinte ne sera pas autorisée à travailler pendant une période de 6 semaines après ses couches.
  Elle aura le droit sur présentation d'un certificat médical notant la date probable de l'accouchement, à un repos de 6 semaines avant celui-ci.

- Si elle demeure éloignée de son travail pendant une période plus longue que celle prévue légalement, à la suite d'une maladie résultant de sa grossesse ou de ses couches, il sera illégal pour son patron de lui signifier son congé durant son absence.

- Pendant l'absence correspondant au repos légal, elle aura droit à une indemnité suffisante pour son entretien et celui de son enfant.

- Elle aura droit aux soins gratuits d'un médecin ou d'une sage-femme.

- Si elle allaite son enfant elle aura droit à 2 repos de ½ heure pour lui permettre cet allaitement.

En France, les LOIS du 5 AVRIL 1928 et du 30 AVRIL 1930, prévoient à l'article 9 "qu'au cours de la grossesse et des 6 mois qui suivent l'assuré et la femme de l'assurée, bénéficieront des prestations médicales et pharmaceutiques".

- 6 semaines avant et 6 semaines après son accouchement, l'assurée jouit de plein droit d'une indemnité journalière à la condition qu'elle cesse tout travail pendant cette période et qu'elle ait cotisé régulièrement 60 jours pendant les 3 mois ou 240 jours pendant les 12 mois qui ont précédé son état.

- En cas de grossesse pathologique l'assurée a droit à l'assurance maladie à dater de la constatation de l'état morbide.

- L'assurée qui allaite son enfant a droit pendant la période d'allaitement et 9 mois au plus à une allocation mensuelle spéciale.

- Le paiement des allocations ci-dessus est subordonné à l'observation par la bénéficiaire de prescriptions concernant les visites périodiques à domicile et la fréquentation régulière des consultations maternelles et de nourrissons.

9/ Nous avons constaté dans le chapitre précédent, l'effort d'unification tenté par le législateur dans le "Code de la Famille" qui prévoyait entre autres une prime à la première naissance, aggravait la répression de l'avortement et venait en aide à la Maternité et à l'Enfance.

10/ La loi du 2 septembre 1941 sur la Protection de la naissance, vise les soins et facilités accordés aux futures mères. Pendant le mois précédant et le mois suivant l'accouchement toute femme enceinte devra sur sa demande être reçue gratuitement et sans qu'elle ait besoin de justifier de son identité dans tout établissement hospitalier susceptible de lui donner les soins que nécessite son état.

L'auteur responsable d'un refus d'admission sera puni d'un emprisonnement de 1 à 6 mois et d'une amende de 10.000 à 50.000Fr.

En outre sera passible des mêmes peines l'employeur qui a l'occasion de la grossesse ou de l'accouchement rompra son contrat de louage de services avec son employée.

Enfin, l'auteur principal ou complice de l'assassinat ou du meurtre d'un nouveau-né, sera puni d'un emprisonnement de 3 à 10 ans et d'une amende de 10.000 à 100.000 Fr.

II/ . - L'Ordonnance n° 45-2720 du 2 novembre 1945 qui constitue l'un des textes législatifs récents les plus complets sur la protection maternelle et infantile - et que nous étudierons en détail dans la 2ème partie de notre thèse.

DEUXIEME PARTIE

LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE .

INTRODUCTION.

Il est bien difficile, lorsque l'on veut faire l'étude de la législation se rapportant à la P.M.I., de dissocier ce qui a été prévu en faveur de la femme enceinte, des mesures de protection de son enfant.

A ussi, ce sujet que l'on voudrait limiter à la protection de la femme gestante comportera forcément des notions se rapportant à celle de l'enfant. Mais dans la limite du possible et sans nuire à la clarté de cet exposé nous nous efforcerons de ne retenir que les dispositions prises en faveur de la femme en état de grossesse.

Cette 2e. partie de notre thèse, réservée à l'étude de la P.M.I., sera divisée en trois chapitres.

- Le 1er de ces chapitres traitera de quelques notions générales se rapportant aux objectifs de la P.M.I., à son organisation, enfin aux questions financières qu'elle pose.

- Dans le 2e. chapitre, nous aborderons le problème des moyens médicaux prévus par le Législateur pour assurer la protection de la grossesse. L'étude de ces moyens nous amènera à parler du personnel médical, de l'équi-

- pement mis à la disposition des médecins et enfin de la surveillance proprement dite de la femme enceinte.

- Le 3e. chapitre sera consacré à l'étude des moyens sociaux et l'on traitera du personnel et de l'équipement social de la P.M.I, de la protection de la naissance, du repos pré et post-natal, enfin de l'éducation sanitaire en matière de P.M.I.

- PREMIER CHAPITRE -

La P.M.I. a été codifiée et organisée sous sa forme actuelle par l'ordonnance n° 45.2720 du 2 novembre 1945, modifiée entre autres par :

- L'arrêté du 14 mai 1946 et
- La loi n+ 48.836 du 17 mai 1948 concernant les examens pré et post-nataux.

L'ordonnance de novembre 1945 a 2 caractères principaux :

- D'une part, elle rassemble les textes plus anciens et leur donne une efficacité accrue.

- D'autre part, elle prépare dans plusieurs domaines une action nouvelle pour faire diminuer la mortalité infantile extrémement élevée des années de guerre et aussi de l'année 1945.

CEtte loi constitue une persistance de l'esprit caractéristique de la Législation française, manifesté depuis la Constituante et qui consiste à attribuer une aide à la femme enceinte au début de sa grossesse alors que dans beaucoup de pays, elle n'est accordée qu'à partir de l'accouchement.

L'action entreprise a été menée avec de grands moyens. Conjuguée avec une législation de compensation des charges familiales et avec la mise en place de la Sécurité Sociale, elle a permis d'atteindre rapidement des résultats spectaculaires.

Au cours de ce premier chapitre nous étudierons :

- Les objectifs de la P.M.I.

- Son organisation.

- Les problèmes financiers qu'elle pose.

I .- LES OBJECTIFS DE LA LEGISLATION DE LA P.M.I.

Ces objectifs sont au nombre de trois.

A/. OBJECTIFS DEMOGRAPHIQUES.

Tous les Gouvernements, depuis 1939 jusqu'à 1945, ont effectué des efforts en vue d'enrayer le déclin démographique de la France.

La mortalité infantile qui s'était maintenue à des taux satisfaisants jusqu'en 1938, n'avait cessé de s'accroître au cours des années de guerre et même en 1945 où dans certains secteurs le taux de mortalité infantile atteignait les chiffres effrayants de 220 °/₀₀ (soit presque le 1/4 des naissances) tandis que le taux moyen était de 108 °/₀₀.

C'est devant cet état de choses que le Législateur a envisagé les mesures de P.M.I., dont il attendait un abaissement massif de la mortalité infantile dans les deux années qui suivraient la promulgation de la loi de 1945. Il faut cependant noter que cette espérance était motivée par le fait qu'un grand nombre d'établissements de soins étaient déjà en place, en vertu d'une loi votée en 1942 et abrogée à la Libération.

B/. OBJECTIFS SANITAIRES.

Ils ont été dominés par les objectifs précédents et dans ce but il a été donné aux services de la P.M.I. les moyens de diminuer la mortalité infantile, la mortalité maternelle et de réduire autant que possible les risques courus par la mère et l'enfant en bas âge.

La protection médico-sociale a été organisée dans le cadre du département qui a été divisé en circonscriptions et en secteurs.

Chaque circonscription a été pourvue d'un Centre de P.M.I.

Dans chaque département, le Service de la P.M.I., au point de vue médico-social et administratif a été confié au Directeur Départemental de la Santé, sous le contrôle de l'Inspection Régionale de la Santé.

La législation a prévu un examen médical des futurs époux avant le mariage, un contrôle médical obligatoire au cours

de la grossesse et après l'accouchement, enfin un examen du père.
Nous consacrerons d'ailleurs un chapitre à part, pour l'étude de ces mesures.

C/. OBJECTIFS SOCIAUX.

L'ordonnance de 1945 a prévu des allocations journalières de repos pour permettre à la mère salariée de se reposer six semaines avant et huit semaines après son accouchement.

Elle a également prévu d'utiliser les services d'assistantes sociales.

Enfin, elle contrôle et surveille les maisons et hôtels maternels, les cliniques d'accouchements et d'une façon générale tous les établissements qui s'occupent de la mère et de l'enfant.

Toutes ces notions seront également détaillées dans le chapitre suivant.

II.- ORGANISATION GENERALE DE LA P.M.I.

Pour accomplir ces multiples tâches, la P.M.I. devait développer des services existants et mal adaptés aux objectifs prévus, créer des centres là où il n'en existait pas, employer un personnel nombreux et qualifié.

L'organisation proprement dite de la P.M.I. comprend trois échelons: national, départemental et communal.

I/. A l'échelon National l'organisation de la P.M.I. est placée sous le contrôle du Ministre de la Santé Publique et de la Population.

Son rôle consiste à préparer les textes relatifs à la protection médico-sociale de la mère et de l'enfant ; également à contrôler les dépenses de fonctionnement des services départementaux.

Le Ministre de la Santé Publique est aidé dans sa tâche par deux organismes consultatifs: la Commission de la Maternité et la Commission de la Protection Sanitaire de l'Enfance. Ces organismes sont formés respectivement par les obstétriciens et les pédiatres les plus qualifiés.

2/. Chaque département doit avoir un service de P.M.I., lequel est dirigé par le Directeur Départemental de la Santé.

Ce Service a divisé le département en circonscriptions, dont chacune d'elles a été pourvue d'un centre de P.M.I.

Son rôle est également de coordonner les consultations privées publiques ou para-publiques, de délimiter leurs secteurs géographiques respectifs, enfin de les surveiller techniquement.

Les Directeurs départementaux de la Santé sont aidés dans leur travail par des Spécialistes obstétriciens et pédiatres.

3/. A l'échelon communal, le Maire délivre le Carnet de santé lors de la déclaration de naissance de l'enfant. Il intervient également dans l'organisation des établissements de P.M.I. de la commune.

III.- QUESTIONS FINANCIERES.

L'application de l'ordonnance du 2 novembre 1945 a entrainé des dépenses de fonctionnement et des dépenses d'équipement.

La charge de ces dépenses est supportée par le secteur public principalement par l'Etat et en partie par les départements; également par les organismes de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales; enfin, par des oeuvres privées.

Les dépenses de fonctionnement des organismes publics, sont les dépenses destinées à rénumérer le personnel concourrant à la P.M.I. et celles qui résultent des frais de gestion des diverses consultations.

D'ailleurs quelques chiffres donneront une idée de l'importance de ces dépenses: en déduisant les ressources provenant de la contribution des organismes de Sécurité Sociale, leur montant qui était de 226 millions en 1946, s'est élevé rapidement pour atteindre 1.718 millions en 1951 et 2.569 en 1955.

Les dépenses d'équipement destinées à subventionner la construction de Centres de P.M.I., de l'actariums, de crèches, de maisons et d'hôtels maternels, se sont élevées au cours des années 1955-1956-1957 à 2 milliards 232 millions. La participation de l'Etat a été de 655 millions.

- DEUXIEME CHAPITRE -

Dans ce deuxième chapitre nous étudierons donc:

- Le personnel médical concourrant à la P.M.I.
- L'équipement médical utilisé pour la protection médicale de la grossesse.
- Enfin la surveillance médicale de la gestation.

I.- LE PERSONNEL MEDICAL DE LA P.M.I.

Il comprend essentiellement les Médecins , et de façon moins importante quant à leur rôle les Sages-femmes.

A/ LES MEDECINS.

C'est à eux que l'Ordonnance de 1945 a confié le rôle essentiel dans la mise en application de la P.M.I. Ce sont d'une part, les médecins à temps complet et d'autre part, les médecins à temps partiel.

a). Le nombre des médecins à temps complet est encore peu élevé puisqu'en 1957 ils étaient 49 à exercer leur activité dans 49 départements.

Il s'agit de Médecins Inspecteurs de la Santé ou de Médecins ayant la qualité de fonctionnaires départementaux recrutés après justification d'une formation particulière en pédiatrie ou en obstétrique.

En outre, certains d'entre eux sont engagés et rétribués par les Caisses de Sécurité Sociale ou d'allocations familiales, soit enfin par des organismes privés tels la Croix-Rouge par exemple.

Ces médecins assurent le plus souvent les consultations de P.M.I. et exercent par ailleurs, du point de vue médical et technique le contrôle des maisons d'accouchement et des établissements ayant trait à la protection infantile. Ils sont également chargés de l'éducation sanitaire des futures mères et de faire des conférences publiques aux assistantes sociales.

Enfin, certains d'entre eux sont adjoints au Directeur Départemental de la Santé en vue de l'aider dans son rôle administratif.

b). Les médecins à temps partiel, sont des omni-praticiens, nommés par le Préfet, sur proposition du Directeur Départemental de la Santé.

Ils remplissent dans la mesure du possible, les mêmes fonctions que celles des médecins à temps complet, à l'exception des tâches administratives.

Cependant la plus grande partie de leur activité est consacrée à leur clientèle privée.

Les médecins à temps partiel représentent le plus grand nombre des médecins de la P.M.I., puisqu'ils étaient près de 7.000 en 1957, 380 d'entre eux ayant reçu une formation particulière en obstétrique.

c). L'effort de recrutement des services de la P.M.I., porte non seulement sur la quantité, mais également sur la qualité des médecins qui doivent être autant que possible compétents.

B/. LES SAGES-FEMMES.

La plupart d'entre elles exercent en clientèle particulière et en 1956, 307 sages-femmes participaient aux consultations de P.M.I., et en particulier dans le cadre des consultations prénatales annexées aux maternités hospitalières.

A leur propos, notons qu'elles sont habilitées à pratiquer les 2e. et 3e. visites prénatales obligatoires, à condition toutefois qu'aucun état pathologique, susceptible de retentir sur l'état de santé de la mère ou sur le produit de conception, n'ait été décelé au cours du premier examen prénatal.

II.- ETABLISSEMENTS MEDICAUX DE LA P.M.I.

Il convient d'envisager ici, le rôle des centres de P.M.I. et des consultations mobiles.

A/. LES CENTRES DE P.M.I.

Le centre principal de P.M.I., prévu pour chaque circonscription, à l'article 2 de l'Ordonnance du 2 novembre 1945, est constitué par des formations sanitaires diverses relevant d'organismes privés ou publics qui comprennent obligatoirement:

- Une consultation prénuptiale où sont examinés les futurs époux.

- Une consultation pré et post-natale.

- Une consultation de médecine infantile.

- Eventuellement une consultation contre la stérilité conjuguale.

Chaque centre doit s'assurer et rénumérer le concours d'un service antituberculeux, d'un service antivénérien et d'un laboratoire d'analyses médicales.
Pour les examens de radiologie il peut faire appel à un service autonome.

Ainsi, à l'origine , le Législateur avait prévu des centres englobant toutes les mesures de P.M.I., mais chacun des éléments qui y participent peut parfaitement être isolé des autres et c'est d'ailleurs le cas le plus fréquent. Cette diversité est due au fait qu'il existait avant l'ordonnance de novembre 1945, un grand nombre de centres isolés, lesquels ont été englobés à partir de cette date dans le cadre de la P.M.I.

On constate par ailleurs que l'examen prénuptial est resté du domaine du médecin praticien.

Il en est de même, bien souvent, de la surveillance pré et post-natale. Cependant, malgré cette restriction, il convient d'étudier en détail le problème des consultations prénatales.

- Ces consultations sont à la disposition des mères et des pères, qui ne s'adressent pas pour les examens légaux, aux médecins ou aux sages-femmes de leur choix.

- Le nombre de ces consultations a considérablement augmenté, puisque l'on comptait :

100 consultations prénatales avant la dernière guerre,
350 en 1946,
767 au 31 décembre 1956, soit I consultation pour 55.000 habitants.

Cet effectif n'est d'ailleurs pas loin de répondre aux besoins actuels et le taux prévu qui était de une consultation pour 23.000 habitants parait actuellement trop élevé.

- Il s'est avéré, en effet, surtout dans les zones rurales où la population reste très attachée au médecin de famille, que beaucoup de femmes enceintes, plutôt que de se rendre à la consultation prénatale, préfèrent se faire suivre par le médecin ou la sage-femme qui pratiquera l'accouchement.

Il est même arrivé, que dans certains départements, on ait été amené à supprimer des centres de consultation par suite de l'insuffisance de leur fréquentation.

Cette tendance à déserter les consultations prénatales non attachées à un centre d'accouchement, se fait également sentir, mais de façon plus modéré, dans les régions urbaines.

Ainsi la proportion des femmes inscrites dans des consultations prénatales qui était de 20 % en 1951 est tombée à 15 % en 1956.

A propos des centres de lutte contre la stérilité conjugale, notons qu'ils impliquent le recrutement d'un personnel hautement qualifié, des moyens d'investigation et de diagnostic très particuliers, ce qui en explique le petit nombre.

Paris dispose actuellement de 16 Centres, dont 15 d'entre eux fonctionnent à l'intérieur d'une Maternité hospitalière. 15 autres Centres sont répartis dans certaines grandes villes de France.

B/. LES CONSULTATIONS MOBILES.

Elles ont été créées pour plusieurs raisons :

D'une part, elles doivent desservir les communes rurales où le nombre insuffisant de mères et d'enfants ne justifiait pas la création d'un centre fixe.

D'autre part, elles permettent de couvrir les régions suburbaines ou rurales insuffisamment équipées et quelquefois totalement dépourvues de moyens de communication. Les longues distances et le temps perdu pour se rendre au centre fixe ou au cabinet du médecin ont été, et sont encore dans certaines régions, des causes de désaffection et de désintéressement.

Enfin, elles ont été créées dans un but d'économie financière, substituant à une construction onéreuse n'intéressant qu'une commune, un Centre itinérant susceptible d'assurer la surveillance médico-sociale de près de 80 communes.

Au début de 1957, 26 camions étaient utilisés dans 24 départements, dont la Seine-et-Oise où 5 consultations mobiles desservaient 59 % des communes, la Seine-et-Marne où 3 camions desservaient 45 % des communes, l'Oise où 4 consultations mobiles permettaient d'assurer les besoins de 46 % des communes.

Enfin, il faut souligner que la médecine effectuée dans les Centres fixes ou mobiles de P.M.I., est une médecine de dépistage et de surveillance. Aucune prescription médicale, en dehors des conseils d'hygiène n'y est faite. Lorsqu'une affection est découverte, nécessitant un traitement ou des moyens d'investigation plus complets, la parturiente est dirigée vers son médecin traitant ou dans une consultation hospitalière.

C/. Nous ne saurions terminer cette étude sur les établissements médicaux de la P.M.I. sans signaler deux faits :

- C'est d'une part l'importance de notre équipement en maternités.

  Le nombre de lits en maternité est de 17.000 pour le secteur public et de 7.000 pour le secteur privé.

  Ces chiffres correspondent à un nombre total de lits pour 1.000 habitants de 0,62 - soit 0,43 pour le secteur public et 0,19 pour le secteur privé.

  En regard de ces chiffres on peut dire que l'indice des lits d'hospitalisation est satisfaisant et supporte la comparaison avec celui des pays étrangers les mieux équipés.

- C'est d'autre part, le problème du contrôle des établissements médicaux de la P.M.I.

  Ainsi, la législation prévoit que nul ne peut ouvrir ou diriger une clinique d'accouchement en vue de la pratique chirurgicale ou non de l'obstétrique, sans avoir obtenu l'autorisation préalable du Préfet de Police dans le Département de la Seine, du Préfet dans les autres départements.

  Toute personne qui ne se conformerait pas à ces conditions serait passible d'une amende de 360.000 à 1.800.000 fr. et de la fermeture de l'établissement.

  Ces dispositions ont été complètées par le décret n° 56284 du 9 mars 1956 (J.O. du 25 mars) qui fixe les conditions techniques d'agrément des maisons de santé obstétrico-chirurgicales et des consultations pré et post-natales.

III.- SURVEILLANCE MEDICALE PRECONCEPTIONNELLE.

L'ordonnance du 2 novembre 1945 prévoit que "l'officier de l'état-civil ne pourra procéder à la célébration du mariage qu'après la remise, par chacun des futurs époux, d'un certificat médical datant de moins de 2 mois, attestant à l'exclusion de toute autre indication, que l'intéressé a été examiné en vue du mariage.

L'examen prénuptial doit comporter un examen clinique général et au cours de cet examen, l'attention du médecin doit se porter tout particulièrement sur les affections contagieuses ou chroniques susceptibles d'avoir des conséquences dangereuses pour le conjoint ou la descendance.

Le médecin ne doit délivrer ce certificat qu'au vu du résultat:

- D'un examen radioscopique et éventuellement radiographique, effectué en vue du dépistage de la tuberculose, par un dispensaire public ou un médecin agréé à cet effet.
- D'un examen sérologique effectué en vue de rechercher une syphilis, par un laboratoire agréé.

L'examen prénuptial peut être pratiqué, soit au cabinet du médecin praticien, soit dans une consultation hospitalière ou dans un centre de P.M.I.

Il faut souligner le caractère secret du certificat pré - nuptial. Les deux conjoints sont examinés séparément, souvent dans la pratique par deux médecins différents, chacun des futurs époux s'adressant à leur médecin de famille respective. De même à l'issue des divers examens, le médecin communique ses constatations à chaque intéressé en particulier et lui en signale nettement la portée soit oralement le plus souvent, soit par écrit lorsqu'il est amené à découvrir une affection grave.

Enfin la législation prévoit que les frais résultant de ces investigations sont couverts:

- Par les caisses de Sécurité Sociale, en ce qui concerne leurs affiliés et dans la mesure de leurs tarifs de responsabilité.

- Par le Service de l'aide médicale, depuis le décret du 11 mai 1955 pour ceux qui bénéficient de ce mode d'assistance.

- Ces frais restent à la charge des intéressés eux-mêmes, lorsqu'ils ne sont ni assurés sociaux, ni bénéficiaires de l'Aide médicale.

A propos de cette surveillance préconceptionnelle, on peut constater que :

- L'examen prénuptial est resté du domaine de la médecine praticienne, sauf en ce qui concerne les examens radiologiques et sérologiques.
  Il constitue l'acte type du médecin de famille.

- Cet examen, tel qu'il est conçu par la loi française, n'a aucune visée eugénique contraignante et son caractère de souplesse est évident.
  C'est en réalité, à l'occasion du mariage, un examen obligatoire de médecine préventive permettant de dépister chez l'un des futurs conjoints certaines affections qui le mettront devant ses responsabilités en face du mariage.

En aucun cas la découverte d'une maladie grave ou contagieuse ne peut constituer un moyen de coercition pour l'empêchement du mariage.

- De par ses dispositions, l'examen prénuptial apparaît donc comme le premier chainon de la protection de la maternité.

IV.- SURVEILLANCE MEDICALE PRE ET POST-NATALE.

L'ordonnance du 2 novembre 1945, modifiée par l'arrêté du 14 mai 1946, et la loi du 17 mai 1948, prévoit que "pour bénéficier des allocations de toute nature versées par l'Etat, les collectivités publiques, les Caisses de Sécurité Sociale, toute femme enceinte doit suivre les conseils d'hygiène et de prophylaxie qui lui sont donnés par l'assistante sociale.

En outre, elle doit faire l'objet d'au moins trois examens au cours de sa grossesse et d'un examen post-natal dans les huit semaines qui suivent l'accouchement.

- Le premier examen qui se place avant la fin du 3e mois est à la fois obstétrical et général. Il doit être effectué, ainsi que l'examen post-natal, par un médecin.

  Cet examen est destiné, d'une part, à confirmer l'état de gestation et d'autre part, il sera orienté vers la recherche des affections susceptibles d'être aggravées par la puerpéralité ou de retentir sur la conduite à terme de la grossesse et sur le produit de conception.

  Seront notamment recherchés la tuberculose, la syphilis, les néphrites, les cardiopathies et le diabète.

  L'examen radiologique des poumons et la recherche sérologique de la syphilis seront pratiqués dans tous les cas par des centres agréés.

  L'intérêt de cet examen qui doit avoir lieu le plus tôt possible après la conception, réside dans le fait qu'il permet de découvrir et éventuellement de traiter certaines affections, telle la syphilis, susceptibles de provoquer des lésions foetales irréversibles.

- Les 2e et 3e examens prénataux auront lieu au cours des 6e et 8e mois de la gestation et comporteront toujours la recherche de l'albuminurie.

  Lorsque le premier examen aura décelé une maladie susceptible de retentir sur la gravidité ou le produit de conception, ils seront effectués obligatoirement par un médecin. Dans le cas contraire ils pourront être pratiqués par une sage-femme.

- L'examen post-natal, qui tend à préserver le potentiel maternité de la nouvelle accouchée, sera obligatoirement subi dans les 8 semaines qui suivent l'accouchement.

  Il comportera un examen gynécologique, un examen général et chaque fois que cela est possible ou nécessaire, un examen radiologique des poumons.

Comme c'est le cas pour l'examen prénuptial, cette surveillance pré et post-natale peut être réalisée par un médecin ou une sage-femme au choix de la parturiente, soit dans une consultation hospitalière ou dans un centre de P.M.I.

Pour avoir une idée de l'importance des Centres de P.M.I. et de la fréquentation des consultations prénatales, on a calculé qu'en 1956, sur 821.500 accouchements, le nombre des femmes inscrites aux consultations prénatales s'est élevé à 130.920 et le nombre d'examens pratiqués à 427.697, soit environ 3 examens par femme inscrite.
Cette statistique a montré également que l'obligation de l'examen post-natal était beaucoup moins respectée que celle des visites pré-natales.

L'objectif du législateur étant de soumettre les femmes enceintes à une surveillance étroite au cours de la grossesse, il a prévu comme moyen de coercition, qu'en cas d'inobservation de ces dispositions, la suspension partielle ou totale des allocations qui leur sont allouées , peut être prononcée par l'Organisme payeur à la demande du Directeur Départemental de la Santé.

De plus, ces mesures ont été renforcées par l'institution de primes d'assiduité accordées en nature ou en espèces aux femmes qui fréquentent régulièrement les consultations prénatales et les séances de vulgarisation organisées par ces consultations et au cours desquelles les intéressées acquièrent les premières notions de puériculture.

L'importance de ces primes et les modalités d'octroi sont fixées après délibération du Conseil Général, par arrêté préfectoral.

En fait, le nombre des réfractaires à une surveillance rigoureuse de la grossesse sont peu nombreuses grâce à ces diverses mesures et à l'action persuasive conjuguée des assistantes sociales qui au besoin viennent à domicile, convaincre les futures mères de la nécessité d'une telle surveillance.

V.- EXAMEN DES PERES.

La loi avait prévu, sans le rendre obligatoire, l'examen du père, en particulier lorsque l'examen de la mère ou les antécédents familiaux le rendent nécessaire.

Il s'agit d'un examen général et de tous les examens de laboratoires, sérologiques ou autres, jugés utiles.

En fait, sauf dans certaines localités (à Nice par exemple) les pères n'ont pas répondu avec empressement à cet examen.

VI.- EN CONCLUSION

l'on peut dire que la plupart de ces mesures visent à assurer la protection du produit de conception.

Cependant, certaines d'entre elles s'adressent particulièrement à la mère et nous voulons parler:

- De la détection de la tuberculose susceptible de provoquer des poussées évolutives graves.
- De la recherche des néphropathies gravidiques.
- De l'examen post-natal qui permet de faire un bilan de l'état général de la mère après l'accouchement; de détecter les lésions inflammatoires du post-partum ou un cancer du col de l'utérus.

- TROISIEME CHAPITRE -

Comme nous le notions dans l'introduction de cette seconde partie, ce chapitre sera consacré à l'étude des moyens sociaux concourant à la P.M.I. et l'on traitera :

- Du personnel social s'occupant de la P.M.I.
- De l'équipement social.
- De la protection de la naissance.
- Du repos pré et post-natal.
- De l'éducation sanitaire en matière de P.M.I.

I.- LES ASSISTANTES SOCIALES.

Ces auxiliaires sociales sont sous la dépendance du Directeur Départemental de la Santé, aidé pour les problèmes qu'elles soulèvent d'une assistante sociale en Chef.

Certaines assistantes sociales relèvent des collectivités publiques alors que d'autres sont rétribuées par les Caisses de Sécurité Sociale et d'Allocations familiales. Enfin, quelques unes d'entre elles sont employées par des organismes privés.

Le rôle qui leur est imparti, est si important qu'il ne faut pas s'étonner de constater que leur effectif qui était de 2.000 en 1946 est passé à 5.533 en 1958.

Deux catégories d'assistantes sociales participent aux tâches des services sociaux:

- Les assistantes sociales polyvalentes, de beaucoup les plus nombreuses s'occupent de l'ensemble des problèmes d'hygiène sociale, dont la P.M.I.

- Les autres sont des assistantes sociales spécialisées en puériculture.

Elles sont toutes formées dans des écoles privées, strictement contrôlées par l'Etat.
Leur scolarité comporte des études théoriques et pratiques et se trouve sanctionnée au bout de trois années, par un diplôme d'Etat.

Le rôle de l'assistante sociale en matière de P.M.I. est difficile à définir de façon précise, car son activité doit être nuancée et s'adapter aux problèmes de chaque famille. Cependant il peut être, dans ses grandes lignes schématisé de la façon suivante :

- Tout d'abord son activité doit être réalisée essentiellement dans un esprit de prévention sanitaire et sociale.

- Elles exercent leur rôle, d'une part dans les Centres de P.M.I où elles effectuent un certain nombre de démarches sociales. Elles sont également amenées à effectuer des liaisons entre la consultation prénatale et la maternité devant recevoir la femme au moment de l'accouchement.

  Mais c'est surtout à domicile que son activité revêt toute son importance. En effet, les visites à domicile représentent le seul procédé susceptible d'assurer le dépistage des catégories à l'égard desquelles l'action médico-sociale la plus active doit être entreprise.
  C'est à domicile que son action sanitaire portera les meilleurs fruits et c'est par elle que la mère apprendra les règles d'hygiène nécessaires au cours de toute grossesse.

- Son rôle consiste également à instruire la femme enceinte de l'importance des visites pré et post-natales et elle aura parfois à insister auprès de certaines récalcitrantes pour que cette surveillance soit effectivement réalisée.

- Les assistantes sociales auront enfin à lutter contre l'appréhension de certaines femmes, en particulier des primipares, parfois débordées par le problème de la Maternité.

Notons d'ailleurs que si le rôle de l'assistante sociale, apparaît être des plus importants chez la femme enceinte, il devient capital après la naissance dans la surveillance médicale et sociale du nourrisson et de l'enfant du premier âge.

II.- L'EQUIPEMENT SOCIAL DE LA P.M.I.

Nous avons étudié, dans les lignes qui précèdent, l'action sociale réalisée dans les Centres de P.M.I., par les assistantes sociales et nous n'envisagerons ici que le rôle des maisons et hôtels maternels.

I - Les maisons maternelles sont des établissements contrôlés du point de vue médical et technique par le Directeur départemental de la Santé.

Elles sont destinées à héberger les femmes enceintes, théoriquement à partir du 7e mois de grossesse, mais en fait souvent plus tôt, à partir du 5e mois.
Elles reçoivent également les femmes qui viennent d'accoucher et leur enfant pendant une période maxima de 3 mois, sauf prolongation justifiée par des motifs médicaux ou sociaux.

Le séjour pré et post-natal de la maison maternelle remplit un double but :

- Il évite les avortements et les abandons en offrant à la jeune mère en situation irrégulière, sans ressources ni logement un asile sur et discret où elle pourra passer un cap difficile.

  Elle y apprendra à soigner son bébé et pourra l'allaiter pendant plusieurs mois. Au cours de cette période de soins maternels de nombreux liens attacheront la mère à son enfant et l'expérience montre que les abandons à la sortie de la maison maternelle sont exceptionnels.

- D'autre part, ce séjour constitue un facteur important dans la lutte contre la mortinatalité et la mortalité infantile grâce à la vie régulière, à la surveillance et l'alimentation normale de la mère. Grâce à l'allaitement au sein et aux soins dont bénéficie l'enfant après sa naissance.

L'aménagement des maisons maternelles répond à ce double but et si dans la journée les bébés sont groupés en dortoirs sous la surveillance des mères et de puéricultrices la nuit ils dépendent uniquement de la mère qui dispose d'une chambre individuelle.

Au cours de leur séjour en maison maternelle les femmes continuent à bénéficier des prestations prévues par la législation.

Enfin, avant la sortie de la mère, les services sociaux de ces établissements se préoccupent de lui trouver un travail et de placer son enfant aussi près que possible du lieu où elle exerce son activité.

Il existe une maison maternelle dans presque tous les départements et le nombre de journées d'hébergement qui était de 513.000 en 1946 est passé à plus de 737.000 en 1950.

II. Les hôtels maternels sont des établissements dont la création n'avait pas été prévue par l'Ordonnance de novembre 1945.
Il convient cependant d'en parler ici car ils entrent tout naturellement dans l'armement de la P.M.I. en prolongeant l'action des maisons maternelles.

Les hôtels maternels permettent aux mères abandonnées et qui travaillent d'être logées dans des conditions décentes et économiques en ayant la possibilité de garder leur enfant avec elles.

Pendant les heures de travail de la mère, une crèche est organisée dans l'établissement même. La garde des bébés est assurée par un personnel spécialisé et le soir la mère retrouve son enfant dont elle continue à s'occuper.

Le séjour en hôtel maternel est en principe limité à un an afin de ne pas saturer ces établissements encore trop rares et pendant cette période il est demandé à la mère un prix de pension normal.
D'ailleurs, en cas de situation économique critique, ses frais d'entretien sont payés en partie par une allocation mensuelle versée directement au Directeur de l'établissement par les Caisses de Sécurité Sociale ou l'Etat.

Les expériences tentées à Paris et à Marseille, montrent que cette solution permet une réintégration plus rapide et meilleure de la mère dans la vie économique et sociale. En effet, ces établissements résolvent de façon satisfaisante bien que momentanée le problème du logement et de la garde des enfants à une période critique pour la mère et le nourrisson.
Ici encore, le contact étroit réalisé entre la mère et son enfant diminue considérablement le nombre des abandons.

Malheureusement ces hôtels maternels qui devraient prendre une place importante dans la protection sociale des nouvelles accouchées, sont nettement insuffisants en nombre.

III. ENFIN, cette étude sur l'équipement social de la P.M.I., ne saurait être coplète sans que nous ayons abordé le problème du contrôle des établissements concourant à cette protection.

Nulle personne ne peut, sans être passible de sanctions, ouvrir ou gérer une maison ou un hôtel maternel sans en avoir obtenu l'autorisation préalable.

C'est le décret n° 56284 du 9 mars 1956 qui fixe les conditions d'agréément de ces établissements.

III.- LA PROTECTION DE LA NAISSANCE.

La protection de la naissance a été le souci du législateur dans la réalisation de deux lois importantes qui sont venues complèter l'ordonnance du 2 novembre 1945.

La loi du 29 juillet 1950, modifiant la loi du 2 septembre 1941 dont nous avons fait état dans la première partie de notre thèse, prévoit que les "établissements hospitaliers publics ou privés susceptibles d'assurer des soins à une femme enceinte ou récemment accouchée, ne peuvent s'ils disposent de lits vacants, se refuser à la recevoir durant le mois qui précède, et celui qui suit l'accouchement".
Les dépenses d'hospitalisation sont remboursées par l'A.M.G. les Caisses de Sécurité Sociale où l'intéressée elle-même suivant les cas.
Si, pour sauvegarder le secret de la grossesse ou de la naissance l'hospitalisée demande le bénéfice du secret de l'admission, celui-ci sera respecté et aucune pièce d'identité ne sera demandée ni aucune enquête effectuée.

Dans un tout autre domaine et d'après le décret du 11 mai 1955, lorsque la sauvegarde de la vie de la mère gravement menacée exige soit une intervention chirurgicale, soit l'emploi d'une thérapeutique susceptible d'entrainer l'interruption de la grossesse, le médecin traitant ou le chirurgien devront obligatoirement prendre l'avis de 2 médecins consultants, dont l'un pris sur la liste des experts près le Tribunal Civil.

IV.- LE REPOS PRE ET POST-NATAL.

Dans l'Ordonnance de novembre 1945 il est noté que "dans tout établissement industriel ou commercial, public ou privé, les ouvrières ne peuvent être occupées pendant une période de 8 semaines au total avant et après leur accouchement.

Il est interdit d'employer des femmes en couches dans les 6 semaines qui suivent leur délivrance."

De plus, toute femme de nationalité française et assurée sociale a droit au cours de cette période de repos à une allocation journalière.
Cependant cette indemnité ne peut être attribuée que si l'intéréssée a effectivement suspendu l'exercice de sa profession et si elle observe un repos réel au cours de cette période.

Le législateur a donc voulu alléger les servitudes professionnelle de la future mère en la faisant bénéficier de cette allocation, à deux conditions toutefois :

- Qu'il s'agisse d'une femme exercant habituellement une profession.

- Qu'elle se soumette à un repos effectif et qu'elle subisse les examens prévus par les lois en vigueur.

On peut rapprocher de ces mesures, l'aide apportée aux femmes seules et sans ressources qui peuvent bénéficier d'une allocation mensuelle à condition de passer les trois examens médicaux obligatoires durant leur grossesse et de suivre les conseils d'hygiène dispensés par l'assistante sociale.
Cette allocation doit être demandée à la préfecture de son domicile, service de la Direction de la Population.

Dans un tout autre domaine et d'après le décret du 11 mai 1955, lorsque la sauvegarde de la vie de la mère gravement menacée exige soit une intervention chirurgicale, soit l'emploi d'une thérapeutique susceptible d'entrainer l'interruption de la grossesse, le médecin traitant ou le chirurgien devront obligatoirement prendre l'avis de 2 médecins consultants, dont l'un pris sur la liste des experts près le Tribunal Civil.

IV.- LE REPOS PRE ET POST-NATAL.

Dans l'Ordonnance de novembre 1945 il est noté que "dans tout établissement industriel ou commercial, public ou privé, les ouvrières ne peuvent être occupées pendant une période de 8 semaines au total avant et après leur accouchement.

Il est interdit d'employer des femmes en couches dans les 6 semaines qui suivent leur délivrance."

De plus, toute femme de nationalité française et assurée sociale a droit au cours de cette période de repos à une allocation journalière.
Cependant cette indemnité ne peut être attribuée que si l'intéréssée a effectivement suspendu l'exercice de sa profession et si elle observe un repos réel au cours de cette période.

Le législateur a donc voulu alléger les servitudes professionnelle de la future mère en la faisant bénéficier de cette allocation, à deux conditions toutefois :

- Qu'il s'agisse d'une femme exercant habituellement une profession.

- Qu'elle se soumette à un repos effectif et qu'elle subisse les examens prévus par les lois en vigueur.

On peut rapprocher de ces mesures, l'aide apportée aux femmes seules et sans ressources qui peuvent bénéficier d'une allocation mensuelle à condition de passer les trois examens médicaux obligatoires durant leur grossesse et de suivre les conseils d'hygiène dispensés par l'assistante sociale.
Cette allocation doit être demandée à la préfecture de son domicile, service de la Direction de la Population.

V.- L'EDUCATION SANITAIRE.

Au cours de ces dernières années, le ministre de la Santé Publique a porté une attention toute particulière à ce problème.

Il est un fait que les pays à basse mortalité infantile sont justement ceux où l'éducation des mères est particulièrement poussée.

En France, des instructions relatives à l'éducation sanitaire en matière de P.M.I., ont été adressées par une circulaire en date du 16 juillet 1955 aux directeurs départementaux de la santé en vue de développer leur action à cet égard.

Cette note met l'accent sur :

- La nécessité d'une bonne information du personnel médical concourant à la P.M.I. Ceci constitue en effet une condition indispensable à l'efficacité de l'action sanitaire.

- L'intérêt de commencer l'éducation sanitaire des mères en période de grossesse, d'une part à domicile, grâce aux conseils donnés par les assistantes sociales, d'autre part dans les centres prénataux où elle doit être dispensés sous une forme attrayante et variée.

Actuellement l'intérêt de l'éducation sanitaire paraît devoir être compris par tous et d'ailleurs dans les nouveaux projets de construction de centres de P.M.I. il est toujours prévu une salle destinée à cet effet.

Cependant de grandes inégalités se manifestent encore et dans les zones urbaines les mères présentent souvent une meilleure formation sanitaire que dans les milieux ruraux.

TROISIEME PARTIE

LA PROTECTION DE LA FEMME ENCEINTE PAR LA SECURITE SOCIALE.

INTRODUCTION.

Nous avons vu dans la première partie de notre thèse que l'évolution des lois sociales avait abouti au vote de l'Ordonnance du 4 octobre 1945 sur la Sécurité Sociale, tandis que celle des lois d'assistance aux femmes enceintes et à l'enfance avait donné naissance à l'institution de l'Ordonnance du 2 novembre 1945 sur la P.M.I.

Ce n'est certes pas par hasard que ces lois ont été votées à un mois d'intervalle et il est manifeste qu'elles découlent toutes deux des mêmes sources démographiques, sociales et humaines.

Dans l'esprit du Législateur, l'institution concommitante de la Sécurité Sociale et des lois de P.M.I., devait permettre d'obtenir rapidement une baisse de la mortalité infantile, d'accroitre la natalité et de donner aux familles l'impression d'une plus grande sécurité en cas de malheur.

Il est certain que les mesures de P.M.I. n'auraient pu atteindre réellement leur but sans l'aide de la Sécurité Sociale. En effet, ces organismes sont intervenus non seulement dans le cadre des dispositions prévues par l'Ordonnance de novembre 1945, mais bien souvent ils ont exercé un rôle extra-légal venant compléter la législation en vigueur.

C'est cette contribution de la Sécurité Sociale qui sera traitée ici et pour cela nous suivrons le plan suivant :

- 1er chapitre : Protection Sanitaire.
- 2e. chapitre : Protection Sociale.
- 3e. chapitre : Protection Economique.

- PREMIER CHAPITRE -

Dans ce chapitre ayant trait à la protection sanitaire de la femme enceinte, réalisée par la Sécurité Sociale nous envisagerons succèssivement :

- L'équipement sanitaire de la Sécurité Sociale.
- La réalisation de la surveillance préconceptionnelle.
- Celle de la surveillance pré et post-natale.
- Les problèmes d'éducation sanitaire.

I.- EQUIPEMENT SANITAIRE.

La Sécurité Sociale est intervenue dans le cadre de son action sanitaire et sociale, soit en gérant directement des centres de P.M.I., soit en accordant des subventions à des oeuvres privées.

Elle assure également des subventions pour les consultations mobiles et posséde elle-même des camions destinés à cet effet.

Enfin, en dehors des maternités qui lui sont propres, elle a passé des conventions avec un grand nombre de cliniques dans lesquelles la gratuité des soins est assurée à ses affiliés.

II.- SURVEILLANCE MEDICALE PRECONCEPTIONNELLE.

La Sécurité Sociale participe à cette surveillance en mettant à la disposition des intéressés ses centres de prévention. En outre, elle rembourse à ses assurés les frais d'examens effectués ailleurs que dans ces centres.

III.- SURVEILLANCE PRE ET POST-NATALE.

Ici l'action de la Sécurité Sociale se manifeste de deux façons différentes :

- D'une part elle offre à ses assurés toutes facilités pour que cette surveillance soit effective et effectuée dans les meilleures conditions et ceci grâce au bénéfice de l'Assurance Maternité.

- D'autre part, grâce aux prestations accordées aux femmes enceintes et aux primes d'assiduité, elle contraint les futures mères à subir les examens obligatoires prévus par l'Ordonnance du 2 novembre 1945.

Dans ce chapitre nous nous attacherons à l'étude de l'ASSURANCE MATERNITE, tandis que les prestations familiales seront traitées dans le chapitre suivant.

Comme la maladie, la maternité entraine des soins, et en outre, quand il s'agit d'une femme salariée devenue enceinte, une perte de gain ou de revenus.
C'est en raison de cette identité grossière de besoins que les prestations de l'assurance maternité ont été calquées sur le système de l'assurance maladie.

Cependant il existe quelques particularités que nous nous attacherons à souligner :

- L'assurance maternité est accordée aux femmes personnellement assurées sociales, aux femmes légitimes et aux filles à charge des assurés sociaux.

- Elle ouvre droit à des prestations en nature, c'est à dire à des prestations destinées à couvrir dans le cas présent, les frais divers occasionnés par la grossesse.

  Ces prestations sont les suivantes :

  a) La Sécurité Sociale rembourse les frais des examens médicaux obligatoires, donc les examens prénataux des 3e., 6e. et 8e. mois de grossesse, l'examen médical et radiologique post-natal, enfin l'examen facultatif du père qui doit avoir lieu si possible avant la fin du 4e. mois de grossesse de la mère.

     Ces frais sont remboursés au tarif de la Caisse Primaire et par cette caisse, sans ticket modérateur lorsqu'ils sont fait ailleurs que dans un centre Prénatal.

Ces examens sont dispensés gratuitement dans les centres appartenant à la Sécurité Sociale. Il en est de même dans les autres centres prénataux où les frais d'examens sont directement remboursés aux responsables de ces consultations.

b) Cette assurance donne également droit ua remboursement des frais d'accouchement et ici, plusieurs modalités sont à envisager selon le lieu où la parturiente décide d'accoucher.

Les frais d'accouchement à domicile sont compensés par par un remboursement forfaitaire des honoraires du médecin ou de la sage-femme. En outre, il est prévu un forfait pour les frais pharmaceutiques fixé actuellement à 35Nf.

Si l'accouchement a lieu dans un hôpital public l'assurée bénéficie de la gratuité de l'accouchement, des soins et du séjour pendant 14 jours. Les frais de transport sont également remboursés.

En cas d'accouchement en clinique privée agréee et ayant passé convention avec la Sécurité Sociale les frais sont payés directement par la Caisse Primaire.

Dans une clinique privée agréee sans convention, les frais sont payés à l'établissement par l'accouchée qui se fait ensuite rembouser par sa Caisse Primaire d'après un tarif qui ne peut être supérieur à celui accordé aux hôpitaux publics. En principe l'assurée touche dans ce cas une somme forfaitaire égale à celle touchée dans le cas d'un accouchement à domicile et en plus une somme forfaitaire correspondant à un séjour de 12 jours maximum en clinique.

Enfin, la femme peut accoucher dans une maternité privée non agréee et les frais relatifs aux journées d'hospitalisation ne sont pas remboursés - sauf si l'accouchement a lieu d'urgence et que cela soit médicalement justifié.
Dans ce cas la caisse rembourse dans les mêmes conditions que pour un accouchement effectué dans une clinique privée agréee et sans convention.

Cette discrimination dans le système de remboursement a été institué par les organismes de Sécurité Sociale pour que leurs assurées accouchent dans les cliniques soumises aux mesures de contrôle et d'agréement actuellement en vigueur. Ils veillent ainsi à ce que les assurées sociales puissent trouver au moment de leur accouchement et de leur séjour en maternité les conditions d'hygiène nécessaires au déroulement normal de la naissance et des suites de couches immédiates.

c) Lorsqu'une césarienne est nécessaire les caisses remboursent en plus de l'intervention chirurgicale qui se substitue au forfait d'accouchement, un forfait spécial pour la surveillance du nourrisson.

Les accouchements pathologiques sont pris en charge dans le cadre et d'après les modalités de l'assurance maladie.

d) En cas de grossesse pathologique nécessitant des soins spéciaux, le remboursement des actes médicaux et des frais pharmaceutiques se fait dans les conditions habituelles de l'assurance maladie c'est à dire avec ticket modérateur de 20%.

e) Enfin l'assurance maternité donne droit au remboursementd'une somme forfaitaire, actuellement fixée à 40 Nf dans le département de la Seine, pour l'achat d'une ceinture de grossesse prescrite par le médecin.

- A côté de ces prestations en nature, l'assurance maternité accorde des prestations en espèces sous forme d'indemnités journalières destinées à compenser le manque à gagner de la femme enceinte salariée à l'occasion de son repos pré et post-natal.

Alors que la législation sur la P.M.I. spécifie qu'aucune femme enceinte ne peut être employée pendant une période de 8 semaines au total avant et après leur accouchement les organismes de Sécurité Sociale prévoient pour leurs assurées des indemnités relatives à une période de 6 semaines avant la date présumée de l'accouchement et de 8 semaines après. De plus, en cas de maladie, attestée par un certificat médical, cette période de 14 semaines peut encore être prolongée pendant 3 nouvelles semaines.

L'indemnité journalière est égale à la moitié du gain journalier de l'intéressée, en prenant comme base le montant du salaire avant l'arrêt de travail.

Pour les assurées ayant au moins trois enfants à charge, cette indemnité est portée aux 2/3 du gain journalier.

Nous voyons donc que cette compensation financière est calculée comme en cas de maladie, mais contrairement à ce qui se produit dans ce cas, elle n'est pas réduite si la parturiente vient à être hospitalisée au cours de cette période de repos légal.

Notons que cette indemnité n'est accordée qu'aux femmes personnellement assurées sociales, donc salariées, à condition toutefois qu'elles cessent tout travail pendant la période d'indemnisation.

- Pour bénéficier de ces diverses prestations, certaines conditions doivent être remplies :

  a) Il faut que l'assuré ait été immatriculé au moins 10 mois avant la date présumée de l'accouchement.

  b) Qu'il ait occupé un emploi salarié ou assimilé pendant 60 jours au moins au cours des trois mois précédant la date de la première constatation médicale de la grossesse - ou s'étant trouvé en chômage, se soit fait inscrire comme demandeur d'emploi au Service départemental de la Main-d'oeuvre pendant au moins 10 jours au cours de ce trimestre.

  c) Qu'il n'ait pas perdu la qualité d'assuré social depuis plus de un mois avant la première constatation médicale de la grossesse.

- Enfin, diverses sanctions ont été prévues et ainsi, lorsque la déclaration de grossesse n'a pas été faite 4 mois au plus tard avant la date présumée du terme de la grossesse la participation de la Caisse aux frais d'accouchement peut être réduite à 80% de sa participation normale - à moins qu'il y ait eu empêchement qu'il appartient à la Caisse d'apprécier.

A propos des indemnités de repos pré et post-natal, notons que ces prestations en espèces peuvent être supprimées pendant la période où la Caisse aura été dans l'impossibilité d'exercer son contrôle, lorsque la déclaration de

grossesse a été faite, par exemple, à une date trop rapprochée de la naissance.

De même, elles peuvent être supprimées à la demande du Médecin Conseil de la Sécurité Sociale ou du Directeur Départemental de la Santé, si la mère omet de se présenter à une consultation de nourrissons dans les 8 semaines qui suivent l'accouchement.

IV. - L'EDUCATION SANITAIRE.

Les organismes de Sécurité Sociale ont accordé une attention toute particulière à ce problème et l'éducation sanitaire des futures mères est réalisée dans le cadre général de l'éducation des masses.

Comme il a été prévu par l'Ordonnance de novembre 1945, c'est surtout dans les consultations prénatales et à domicile que les mères sont amenées à bénéficier des conseils donnés par les assistantes sociales.

A la consultation prénatale, des tracts et des brochures éducatives sont distribués à chacune de leurs visites. Des bandes filmées sont projetées à l'occasion de conférences collectives.

La Sécurité Sociale participe encore aux diverses campagnes et activités nationales et départementales en faveur de l'éducation populaire.

- DEUXIEME CHAPITRE -

Ce chapitre consacré à la protection sociale de la femme enceinte nous aménera à envisager la participation de la Sécurité Sociale à l'activité des assistantes sociales et des auxiliaires familiales.

Divers problèmes seront également étudiés, tels celui des Maisons Maternelles et du congé de naissance.

I.- LES ASSISTANTES SOCIALES DE LA SECURITE SOCIALE.

Nous avons déjà défini le rôle des assistantes sociales et nous n'y reviendrons pas ici. Nous signalerons simplement les effectifs de la Sécurité Sociale en ce domaine.

Les Caisses d'Allocations Familiales ont crée un important service social qui comprenait en 1956, 1270 assistantes sociales.

Parmi ces 1270 assistantes sociales, 520 d'entre elles avaient un mandat de P.M.I., c'est à dire qu'elles intervenaient uniquement dans le cadre de l'Ordonnance du 2 novembre 1945. De plus, les 2/3 des autres, soit environ 500 prenaient part incidemment à cette action.

II.- LES AUXILIAIRES FAMILIALES.

Dans le cadre de son action extra-légale en faveur des mères de famille, les organismes de la Sécurité Sociale ont fait appel à un corps de travailleuses familiales en vue d'apporter une aide à domicile aux mères se trouvant dans l'impossibilité de remplir leur rôle, soit au moment de la naissance, soit à la suite d'une grossesse pathologique.

L'auxiliaire familiale n'est pas une femme de ménage, mais son rôle consiste à remplacer ou à seconder momentanément la mère de famille et empêcher le dispersement des différents membres de cette famille.

Ce sont des collaboratrices qualifiées ayant reçu une formation appropriée, car elles sont destinées à remplir entièrement le rôle de la mère en accomplissant toutes les tâches ménagères à l'exception des gros travaux.
Leur rôle est délicat, car elles ne doivent pas s'imposer aux familles, mais s'efforcer de s'y intégrer et de gérer le budjet familial.

Les auxiliaires familiales sont formées dans des centres d'où sortent chaque année un millier de travailleuses, titulaires d'un certificat obtenu à l'issue d'un examen d'Etat.
Les études préparant à cet examen comprennent trois mois de scolarité à temps complet, un mois de stage dans une maternité et dans un établissement de P.M.I.

La contribution de l'usager varie selon ses ressources et la contribution plus ou moins élevée de la Caisse d'Allocations Familiales.

Les frais résultant de la formation de ce personnel sont généralement trop importants pour les organismes privés qui s'en occupent et ces institutions doivent se tourner vers les Pouvoirs Publics et la Sécurité Sociale qui leur accordent des subventions.

I.- LES MAISONS ET HOTELS MATERNELS.

La Sécurité Sociale intervient soit par la création d'établissements de ce genre, soit surtout en accordant des subventions à des organismes privés.

En 1959 une Caisse avait un Hôtel en gestion directe et 17 Caisses aidaient financièrement des oeuvres privées.

V.- LE CONGE DE NAISSANCE.

Le but de ce congé d'une durée de trois jours, et devant être pris dans les 15 jours qui entourent la naissance, est de permettre au chef de famille d'aider la mère à l'occasion des soins qui précédent et suivent l'accouchement et des démarches à effectuer à l'occasion de la naissance.

Pour donner lieu à l'indemnité compensatrice de ces trois jours d'arrêt de travail, ce congé doit être pris effectivement. En fait le nombre des congés utilisés ne dépasse pas les 2/3 des naissances.

V.- ENFIN dans le cadre de cette protection sociale, notons la distribution de prestations en nature sous forme de layette, d'aliments ou de médicaments.

Cette assistance s'inscrit également dans le cadre extra-légal de l'action sociale de la Sécurité Sociale.

- TROISIEME CHAPITRE -

Nous aborderons ici le problème de la protection économique de la femme enceinte, et après une étude rapide des prestations familiales, nous étudierons en détail :

- Les allocations prénatales et
- Les allocations de maternité.

I.- LES PRESTATIONS FAMILIALES.

Elles ont été instituées par la loi n° 46.1835 du 22 août 1946, pour l'exécution de laquelle est intervenu un règlement d'administration publique n° 46.2880 du 10 décembre 1946.

Les instructions générales pour l'application de ces deux textes ont fait l'objet de la circulaire n° 112 SS du 3 avril 1947.

La loi du 22 août 1946 a codifié les dispositions antérieures et amélioré notamment le régime du Code de la Famille de 1939.

Elle même a été modifiée par les lois :

- Des 30 juin, 7 juillet et 1er septembre 1948.
- Du 2 août 1949.
- Des 9 mai et 14 septembre 1951.
- Du 31 décembre 1953.

Avant d'aborder l'étude des Prestations Familiales, il est utile d'en rappeler la définition donnée par l'Association Internationale de Sécurité Sociale.

" Par Allocations Familiales (au sens de prestations familiales) il faut entendre toute allocation, en espèces ou en nature, dont l'objet est de permettre la constitution et le développement normal des familles, soit en apportant

une contribution régulière et permanente à l'entretien des personnes dont le chef de famille assume la charge,soit en fournissant une aide spéciale à certains moments de la vie et notamment à l'occasion de leur création.
Une allocation familiale peut avoir accéssoirement comme objectif soit l'encouragement à la natalité, soit à la promotion d'une politique sanitaire."

Cette étude sur les prestations familiales nous aménera à envisager :

- Les conditions générales d'ouverture de droit aux prestations.

- Le mode de calcul des prestations.

- Les prestations familiales proprement dites.

A./ CONDITIONS GENERALES D'OUVERTURE DE DROIT AUX PRESTATIONS.

Elles sont de trois ordres :

- La justification d'une activité professionnelle.
- La charge effective d'enfants.
- La résidence.

a) La loi lie le versement des prestations à l'exercice normal d'une profession salariée et il faut, pour en bénéficier, que l'ouvrier ait travaillé au cours d'un même mois, 18 jours ou 120 heures au minimum.

Pour les personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle

- Certaines d'entre elles bénéficient de plein droit des prestations familiales et ce sont les femmes seules ayant au moins deux enfants à charge, les veuves d'allocataires, les titulaires de certaines pensions civiles et militaires.

- Pour certaines autres, on admet une présomption d'impossibilité d'exercer une activité professionnelle. Ce sont les assurés sociaux malades et les victimes d'accidents du travail, la femme pendant la période pré et post-natale, enfin les chômeurs inscrits à un fonds de chômage.

b) Seuls ouvrent droit aux prestations, les enfants à la charge effective et permanente des allocataires.

Est considéré comme ayant un enfant à charge, toute personne qui assume de manière générale le logement,la nourriture, l'habillement et l'éducation de cet enfant, qu'il y ait ou non lien de parenté juridique ou d'alliance entre elle et l'enfant.

Aux termes de la loi du 22 août 1946, sont considérés comme enfants à charge :

- Les enfants non salariés de moins de 15 ans.
- Les enfants salariés de 14 à 15 ans, dont le salaire est inférieur à la moitié du salaire de base.
- Les enfants de 15 à 17 ans, placés en apprentissage.
- Les enfants qui poursuivent leurs études jusqu'à l'âge de 20 ans.
- Les enfants infirmes.

c) A propos de la notion de résidence, le décret du 10 décembre 1946, prévoit que les allocataires doivent résider sur le territoire métropolitain.

Les étrangers peuvent également bénéficier des prestations familiales s'ils sont titulaires d'une carte de "résident ordinaire."

Enfin, les enfants doivent résider en France Métropolitaine, avec une exception pour les enfants résidant en Algérie, ou habitant momentanément hors du territoire Français.

B./ MODE DE CALCUL DES PRESTATIONS FAMILIALES.

Les prestations familiales sont calculées sur une base uniforme, quelles que soient la catégorie professionnelle et la situation de fortune du chef de famille.

Elles consistent en une prime unique ou en des versements périodiques qui sont calculés sur la base d'un salaire de taux uniforme pour les bénéficiaires ayant la même résidence.

Il s'agit du SALAIRE MOYEN MENSUEL, actuellement fixé à 227 Nf dans le département de la Seine, depuis le décret du 18 février 1961 qui prévoit que ce salaire de base sera porté à 234 Nf le 1er août 1961.

Pour les autres départements, les prestations sont calculées en appliquant au salaire de base en vigueur dans le département de la Seine, des abattements de zone pouvant aller jusqu'à 15%.

C./ DETERMINATION DE L'ORGANISME PAYEUR.

S'il s'agit d'une personne exerçant une activité professionnelle c'est :

- La Caisse d'Allocations Familiales du lieu de travail.
- La Caisse Mutuelle d'Allocations Familiales Agricole du lieu de travail pour les allocataires relevant des profession agricoles.
- L'Etat ou les collectivités publiques pour leurs agents respectifs.

S'il s'agit d'un allocataire n'exerçant pas d'activité professionnelle c'est :

- La caisse d'Allocations Familiales ou l'organisme prévu dans le cas précédent, pour l'assuré social malade, l'accidenté du travail ou la femme enceinte pendant la période de repos pré et post-natal.
- La Caisse d'Allocations Familiales du lieu de résidence pour les veuves d'allocataires, les femmes seules, les invalides assurés sociaux, les chômeurs inscrits à un fonds de chômage.

D./ LES PRESTATIONS FAMILIALES PROPREMENT DITES.

La législation du 22 août 1946 énumére cinq prestations :

- Les allocations maternité.
- Les allocations familiales.

- Les allocations de salaire unique.

- Les allocations prénatales.

- Les allocations de logement.

- A ces prestations ont peut ajouter le supplément d'allocations familiales que constitue l'indemnité dite compensatrice.

L'ensemble de ces prestations peut être divisé en deux groupes différents :

- Nous ne ferons que citer les prestations légales de portée générale versées pour l'entretien normal des enfants et qui sont les allocations familiales
  l'allocation de salaire unique
  l'indemnité compensatrice et
  les allocations de logement.

- Par contre nous étudierons en détail les prestations légales tendant surtout à combler les dépenses occasionnées par la naissance, c'est à dire les allocations prénatales et l'allocation maternité.

II.- LES ALLOCATIONS PRENATALES.

Créees dans un triple but, médical, social et démographique, elles consistent en l'attribution à toute femme enceinte, d'allocations destinées à couvrir en partie les suppléments de dépenses provoqués par la grossesse.

Pour en obtenir le bénéfice, un certain nombre de formalités sont à remplir :

- Fournir une déclaration de grossesse et ceci est une prescription essentielle puisque le droit aux allocations prénatales est ouvert à compter du premier jour du mois où l'état de grossesse de la mère est déclaré.

- En outre, pour obtenir la totalité de ces allocations la déclaration de grossesse doit être faite avant la fin du troisième mois de la gestation.

Sauf cas de force majeure, constitué par une raison d'ordre physiologique ou pathologique médicalement vérifiée, la non déclaration de grossesse avant cette date fait perdre les mensualités écoulées.

D'ailleurs cette règle est strictement appliquée par les Caisses d'Allocations Familiales pour éviter tout relachement de la population.
En effet, l'examen précoce de la femme enceinte permet notamment de déceler et traiter des maladies pouvant avoir de graves répercussions pour la mère et l'enfant.

Cet intérêt médical du premier examen de grossesse n'est d'ailleurs pas entiérement compris puisque l'étude des statistiques montre que 1/10e. des femmes perd le bénéfice des premières mensualités pour n'avoir pas observé les prescriptions légales.

- La future mère devra adresser sa déclaration de grossesse conformément aux indications suivantes :

  Si le mari et la femme sont tous deux assurés sociaux, c'est à la Caisse de Sécurité Sociale assurant la femme.

  Si le mari est assuré social, la femme ne travaillant pas ou exerçant un travail indépendant, c'est à la Caisse de Sécurité Sociale du mari.

  Si la femme est assurée sociale, le mari ne l'étant pas, c'est à la caisse dont dépend la femme.

  Si les deux époux n'ont pas d'activité professionnelle, c'est la Caisse d'Allocations Familiales du lieu de résidence.
  En effet, aucune notion d'activité professionnelle n'est demandée pour bénéficier de ces prestations.

  S'il s'agit d'une femme seule non assurée sociale, c'est à la Caisse d'Allocations Familiales du lieu de résidence.

- Enfin, la femme devra subir les examens prénataux prévus par l'Ordonnance du 2 novembre 1945 sur la P.M.I.

  - Le 1er examen avant la fin du 3e. mois de grossesse.

  - Le 2e. au cours du 6e. mois.

  - Le 3e. au cours du 8e. mois.

Lorsque la déclaration de grossesse est effectuée, la Caisse Primaire de Sécurité Sociale remet à l'intéressée un carnet de maternité qui comporte des feuillets accompagnés d'un volet sur lesquels sont consignés la signature et le tampon du médecin qui a pratiqué l'examen.
Les allocations prénatales sont versées par la Caisse d'Allocations Familiales sur le vu du volet transmis par la caisse de Sécurité Sociale qui les reçoit de la bénéficiaire.

Les certificats correspondants aux trois examens ne sont pris en considération que s'ils sont adressés à l'organisme payeur :

- Avant la fin du 4e. mois pour le premier examen.

- Avant la fin du 7e. pour le second.

- Avant la date présumée de l'accouchement pour le troisième.

Tout examen non subi fait perdre le bénéfice de la fraction d'allocations prénatales correspondante.

A propos des modalités de versement, les allocations prénatales sont dues soit à partir du premier jour du mois de la date présumée de la conception, soit à partir du premier jour du mois de la déclaration de la grossesse, lorsque celle-ci n'a pas été faite dans les délais légaux.

Lorsque la déclaration a été faite avant la fin du 3e. mois de grossesse, trois éventualités peuvent se produire, le premier examen prénatal ayant fixé la date présumée de l'accouchement et celui-ci s'étant produit à une date différente :

- Si le troisième examen prénatal a été effectué, dans ce cas les allocations prénatales sont dues pour les neuf mois précédant le premier jour du mois au cours duquel la naissance est intervenue.

- Si la naissance intervient avant le troisième examen, les allocations prénatales ne sont dues que depuis le premier jour du mois présumé de la conception jusqu'à l'expiration du mois précédant celui de l'accouchement.

- Si la grossesse s'interrompt entre les deux premiers examens, les organismes payeurs peuvent accorder les mensualités d'allocations prénatales antérieures au premier jour du mois au cours duquel s'est produite

l'interruption - sur production d'un certificat attestant la date de cette interruption.

Prévues dans les conditions normales pour toute la durée de la grossesse, les allocations prénatales comprennent 9 mensualités qui ne peuvent être versées mensuellement en raison du délai nécessaire à la déclaration de grossesse et de la liaison de leur versement aux examens prénataux obligatoires.

Pour ces raisons ces allocations sont versées en trois fractions

- Soit 2 mensualités après le premier examen prénatal.
- 4 mensualités après le second.
- Le solde après le troisième.

En cas de grossesse multiple, chaque enfant ouvre droit rétroactivement au bénéfice des allocations prénatales.

Le taux de ces allocations est fixé uniformément pour chaque mensualité à 25% du salaire servant de base au calcul des prestations familiales au lieu de résidence, et ce, quel que soit le nombre d'enfants à charge existant déjà au foyer et la situation de fortune du bénéficiaire.

Il faut souligner que les allocations prénatales sont distribuées à toutes les femmes enceintes, pourvu qu'elles aient déclaré leur grossesse avant la fin du troisième mois et qu'elles subissent les trois examens prénataux obligatoires.

En dehors de leur but médical évident, on attribue à ces prestations un rôle social car elles compensent dans une certaine mesure les dépenses créées par la grossesse.
Enfin il semble qu'elles puissent intervenir, mais de façon modeste pensons-nous, en diminuant le nombre d'avortements par le principe de la déclaration précoce de la grossesse.

E.- LES PRIMES D'ASSIDUITE.

Bien qu'il ne s'agisse pas là d'une prestation familiale, nous en parlons de suite après les allocations prénatales, car comme elles, leur but est d'inciter les femmes à venir consulter fréquemment au cours de leur grossesse.

Notons de suite qu'il ne s'agit pas d'une mesure prévue par l'Ordonnance de 1945.D'ailleurs elle n'est pas appliquée uniformément par toutes les Caisses de Sécurité Sociale.

Ainsi pour la première visite prénatale la Caisse Primaire de la Région Parisienne n'offre pas de prime, alors qu'elle est facultative pour les autres Caisses.

L'examen du père donne droit à une prime de 5 Nf, de même que l'examen post-natal lorsqu'il est pratiqué avant la fin de la 8e. semaine qui suit l'accouchement.

V.- L'ALLOCATION DE MATERNITE.

Elle est accordée à l'occasion de la naissance, sous certaines conditions :

- Les unes sont relatives à la naissance qui doit avoir lieu en France.
  Cependant, peuvent également en bénéficier les femmes résidant dans les départements-frontières et qui accouchent en pays étranger limitrophe.
  De même pour les femmes françaises accouchant accidentellement en pays étranger, si la mère et l'enfant rejoignent leur domicile légal en France au plus tard un mois après l'accouchementet que l'enfant conserve la nationalité française.

  De même la naissance doit survenir dans certains délais:

  - La première naissance dans les deux ans du mariage.
  - La deuxième naissance dans les trois années qui suivent la première maternité ou dans les cinq ans du mariage.
  - La troisième naissance dans les trois années qui suivent la deuxième maternité, soit dans les six années de la première maternité, soit dans les six premières années du mariage.

  Cependant, il n'est pas exigé de délai - d'une part lorsque les naissances surviennent avant que la mère ait atteint l'âge de 25 ans - d'autre part à partir de la quatrième naissance.
  Notons que du point de vue statistique, il semble que 4/5e. des naissances surviennent dans les délais prescrits.

Lorsque l'enfant n'est pas né viable, l'allocation est reportée sur le second enfant né viable, si cette seconde naissance a lieu dans les deux années qui suivent la première.

- Les secondes sont des conditions relatives aux enfants :

  - Les enfants doivent être français. Pour les étrangers, le bénéfice de cette allocation est accordé si l'enfant acquiert la nationalité française, par déclaration des parents, dans les trois mois qui suivent la naissance.

  - Elle est accordée pour chaque enfant, qu'il soit légitime ou naturel reconnu par la mère.

  - Ne donne pas droit à l'allocation de maternité, toute grossesse interrompue avant la fin du 6e. mois.Par contre, toute naissance survenue à compter du 7e. mois de grossesse peut ouvrir droit au bénéfice de cette prestation à condition que l'enfant soit né viable.

    A ce propos, il est utile de préciser ce que l'Etat Civil entend par "enfant né viable" : il s'agit d'un enfant dont le nom est inscrit sur le registre des naissances. A défaut de cette inscription, la preuve de la viabilité peut être faite à l'aide d'un certificat médical émanant du médecin ou de la sage-femme qui a procédé à l'accouchement.
    Est présumé non viable l'enfant déclaré à l'Etat Civil présentement sans vie et dont le nom figure sur le registre des décés.

- A propos du taux et des conditions de paiement de l'allocation de maternité il faut souligner :

  - Que le taux est déterminé en fonction du salaire de base et du rang de l'enfant.

    Ainsi, pour la première naissance il est égal à deux fois le salaire mensuel de base le plus élevé du département.
    Il est donc de 454 Nf depuis le 1er janvier 1961 et sera porté à 468 Nf à partir du 1er août 1961.

Pour chacune des autres naissances postérieures, il est égal aux 4/3 de ce salaire de base.

- En cas de naissances gémellaires ou multiples chaque naissance est considérée comme une maternité distincte.

- Pour bénéficier de l'allocation, l'intéressée doit présenter un bulletin de naissance de l'enfant à la Caisse qui a versé les allocations prénatales.

  Cette allocation est versée en deux fractions, l'une immédiatement après la naissance, l'autre à la fin du 6e. mois qui suit la naissance à condition que l'enfant soit vivant à cette date et à la charge de ses parents.
  Ce mode de paiement a été choisi afin de ne pas verser en une seule fois une somme trop importante pour des dépenses qui s'échelonnent dans le temps et afin d'inciter les parents à prodiguer les meilleurs soins au nourrisson pendant les premiers mois de la vie où les risques de mortalité sont redoutables.

- A côté de ces règles générales, il existe des dispositions spéciales pour la population non active qui peut également bénéficier de cette allocation.

  L'organisme débiteur est la Caisse d'allocations familiales du lieu de résidence pour les invalides assurés sociaux, les victimes d'accidents du travail bénéficiant d'une rente, les chomeurs inscrits à un fonds de chomage, les femmes seules ayant un enfant à charge.

  C'est la Caisse d'allocations familiales dont dépend l'allocataire pour les assurés sociaux en longue maladie et les accidentés du travail en période d'incapacité temporaire.

  Lorsque les deux époux n'ont aucune activité professionnelle, c'est l'Etat qui distribue les prestations de maternité.

V.- CONCLUSION.

Nous conclurons ce troisième chapître, en donnant quelques chiffres qui objectiveront l'effort entrepris par la Sécurité Sociale pour assurer la protection de la femme enceinte.

Les chiffres suivants sont donnés en millions de francs anciens puisqu'ils concernent des dépenses effectuées au cours de l'année 1958.

ASSURANCE MATERNITE.

. Frais médicaux autres que ceux relatifs à l'accouchement proprement dit	1.724
. Frais médicaux d'accouchement.....	2.843
. Frais pharmaceutiques & appareils.....	952
. Frais d'hospitalisation.....	9.499
. Primes d'allaitement.....	1.434
. Bons de lait.....	415
. Divers.....	308
. Indemnités journalières.....	7.176
TOTAL	24.351

PRESTATIONS FAMILIALES.

. Allocations prénatales	18.372
. Allocations de maternité.....	9.750
. Congé de naissance	2.240
TOTAL	30.362

QUATRIEME PARTIE

LES RESULTATS DE LA POLITIQUE DE P.M.I.

I N T R O D U C T I O N .

Apprécier les résultats de la politique de P.M.I. est une chose délicate. Il est évident, par exemple, qu'une régression des taux de mortalité infantile aurait été observée, même en l'absence de cette législation.

L'amélioration des techniques médicales, la découverte de médications nouvelles, l'accroissement du niveau de vie des populations après les années de guerre ont été des facteurs de progrès dont on ne peut nier l'influence.

Cependant, ces facteurs n'auraient pu atteindre pleinement leurs buts sans la généralisation rapide sur tout le territoire de ces méthodes de soins, sans la création de services spécialités et le renforcement de l'équipement sanitaire et social; sans surtout l'institution d'une médecine préventive en faveur des femmes enceintes et des enfants, enfin grâce au recours plus fréquent à la médecine du fait de la généralisation des mesures de Sécurité Sociale.

C'est pourquoi la quatrième partie de notre thèse aura pour objet de montrer dans quelle mesure les objectifs de l'Ordonnance du 2 novembre 1945 ont été atteints et ce problème sera étudié dans 2 chapitres.

Le premier de ces chapitres traitera des résultats obtenus sur la mortalité maternelle et la mortalité infantile.

Dans le second, nous essaierons de voir si les prestations dispensées par les Organismes de Sécurité Sociale ont atteint leur but sur le plan social et nous envisagerons tout particulièrement le problème de la natalité.

- PREMIER CHAPITRE -

I.-RESULTATS OBTENUS SUR LA MORTALITE MATERNELLE.

Depuis 1936 on a observé une nette régression de la mortalité maternelle à l'occasion de l'accouchement.

Cette mortalité qui était de 2,20 pour 1.000 accouchements de 1936 à 1939 a diminué de façon sensible et progressive de 1940 à 1945 où elle n'était plus que de 1,58.

En 1946 ce taux était encore de 1,51 , mais à partir de cette date on assiste à une régression des plus nettes, objectivée par les chiffres suivants :

0,95 en 1947
0,77 en 1951
0,65 en 1954
et 0,51 en 1956.

Ceci représente une diminution de 70 % au cours de la période allant de 1936 à 1956 et comparativement à celle d'autres pays la France possède l'un des taux de mortalité maternelle le plus bas.

Il est indéniable que ces résultats aient pu être obtenus grâce à la surveillance prénatale rigoureuse dont les femmes enceintes sont l'objet depuis 1945, mesures qui ont également contribué à la diminution de la morbidité maternelle au cours de la grossesse.

Dans l'obtention de ces résultats il faut également citer le rôle de l'éducation sanitaire dispensée par les médecins et les assistantes sociales.

Enfin, il est certain que le développement, depuis 1946, de maternités bien équipées et offrant toutes les garanties de sécurité, a joué un rôle non moins important dans les progrès qui ont été réalisés.

II.- RESULTATS OBTENUS SUR LA MORTALITE INFANTILE.

La régression de la mortalité infantile ayant été l'objectif majeur du Législateur lors de l'institution des mesures de P.M.I., nous accorderons une attention toute particulière à ce problème.

Dans ce but nous ferons tout d'abord une étude chiffrée de la mortalité foeto-infantile au cours des dernières années en France et nous comparerons les chiffres observés avec ceux de certains pays étrangers.

Ensuite nous verrons quelle a été l'influence des mesures de P.M.I. et de Sécurité Sociale sur l'évolution de cette mortalité.

Cependant, avant de commencer cette étude, il convient de rappeler certaines définitions:

- Médicalement un enfant mort-né est un foetus né après une gestation de 6 moins ou plus - ou pesant 1.000 grammes ou plus - et qui après la naissance, n'a pas présenté de mouvement respiratoire spontané.

- Un enfant né vivant est un foetus qui, quelle que soit la durée de la gestation et quel que soit son poids de naissance, a présenté au moins un mouvement respiratoire spontané après expulsion ou extraction complète du corps de la mère.

- Un prématuré est un enfant dont le poids à la naissance ne dépasse pas 2.500 grammes.

- La mortinatalité concerne les décès survenant avant et pendant l'accouchement, ceci avant 6 mois de grossesse. Antérieurement à cette date il s'agit d'un avortement.

- La mortalité infantile est celle des enfants nés vivants et morts avant l'âge de un an.

On en distingue la mortalité néo-natale qui est celle des enfants décédés avant l'âge de un mois, la mort survenant en particulier dans les 8 premiers jours.

- La mortalité foeto-infantile s'adresse à l'ensemble de la mortinatalité et de la mortalité infantile.

A/. ETUDE STATISTIQUE DE LA MORTINATALITE.

Le taux de mortinatalité, exprimant le nombre de mort-nés par rapport au nombre d'accouchements est passé en France de 36‰ en 1936 à 23‰ en 1957, ce qui correspond à une diminution de près de 36%.

Cette régression s'est faite de façon progressive comme le montre le tableau suivant publié par l'Institut National d'Hygiène dans son numéro 4 de 1958. (Ces taux sont donnés pour 1.000 habitants)

- 1901 : 45
- 1920 : 40
- 1936 : 33
- 1945 : 28
- 1955 : 23
- 1957 : 23

Pour être plus précis il faut noter que ces chiffres comprennent les faux mort-nés, c'est à dire des enfants ayant présenté des signes de vie à la naissance et décédés avant leur inscription sur les registres de l'Etat Civil. Ces enfants sont déclarés mort-nés. En réalité, lorsque l'on soustrait ces faux mort-nés, l'on constate que la France a des taux de mortinatalité qui figurent parmi les plus bas du monde.

Ainsi, dans la statistique présentée par l'Office Mondial de la Santé en 1956, l'on retient les chiffres suivants :

- Allemagne Fédérale : 21,4 pour mille.
- Royaume-Uni : 23,2
- Belgique : 20,3
- Espagne : 29,2
- FRANCE : 18,3
- Italie : 31,7
- Suède : 18,7
- Suisse : 15,3

Notons enfin, qu'en 1959 la mortinatalité a été de 16 pour mille, ce qui correspond à 14.017 mort-nés pour 830.000 naissances.

Cette étude nous permet donc de constater une régression importante de la mortinatalité en France, mais que néammoins des progrès restent à réaliser en ce domaine.

B/. ETUDE STATISTIQUE DE LA MORTALITE INFANTILE.

Cette mortalité a également subi des variations au cours des dernières années.

En 1945 elle avait atteint le chiffre record de 108 °/₀₀ et ce niveau était très supérieur à celui des années d'avant guerre puisqu'elle n'atteignait que 66,4 °/₀₀ entre 1935 et 1937.

Depuis la mise en oeuvre des dispositions de l'Ordonnace de 1945, les taux de mortalité se sont abaissés régulièrement : 67 °/₀₀ en 1946 - 47 °/₀₀en 1950 - 37 °/₀₀en 1954 - 27 °/₀₀ en 1958.

La situation de la France, comparée à celle de certains pays étrangers, reste néammoins très moyenne puisqu'en 1957 la Suède, l'Islande et les Pays-Bas avaient des taux de l'ordre de 17 °/₀₀ - le Royaume-Uni de 24 °/₀₀ - les Etats-Unis de 26 °/₀₀.

Cependant, il convient de préciser que les chiffres de ces pays sont restés stables au cours des années 1955-1956-1957 alors qu'en France l'on observait une régression de la mortalité au cours de ces années-ci.

Dans un autre domaine, si l'on considère la mortalité infantile par tranches d'âge, l'on constate que la régression a porté essentiellement sur la mortalité des nourrissons à partir de un mois.
C'est cette diminution de la mortalité infantile après un mois qui a mis en évidence l'importance du taux de mortalité néo-natale qui n'a pas subi une régression aussi nette.

Ainsi, dans le bulletin publié par l'Institut National d'Hygiène dans son numéro 4 de 1958, l'on note que la mortalité au cours de la première semaine qui était de 14 °/₀ en 1938 ne s'est abaissée qu'à 13,4 °/₀₀en 1950 - 12,3 °/₀₀ en 1955 - 11,6 °/₀₀ en 1956 et 11,2 °/₀₀ en 1957.

En 1959, sur 816.000 naissances vivantes on a compté 24.524 décés de 0 à 1 an dont :

- 12.269 du 1er au 7e. jour, soit 15 °/₀₀
- 15.127 du 1er au 30e. jour, soit 18 °/₀₀

Donc au cours de cette année 1959, sur une mortalité infantile globale de 45 °/₀₀ (mort-nés et décés de 0 à 1 an) la mortinatalité et la mortalité au cours de la 1ère semaine, représentent à elles seules une mortalité de 31 °/₀₀.

C/. INFLUENCE DES MESURES DE P.M.I. SUR LA MORTALITE FOETO-INFANTILE.

Pour objectiver le rôle des mesures de P.M.I. sur la mortinatalité et la mortalité néo-natale, il convient tout d'abord de préciser quelles sont les affections responsables de cette mortalité.
Ensuite nous verrons de quelle façon le plan de P.M.I. a contribué à la régression de cette mortalité, par son action sur certains de ces facteurs.

I) LES CAUSES DE LA MORTALITE FOETO-INFANTILE.

Les unes sont des causes médicales, les autres sont des facteurs sociaux.
Pour ce travail, nous nous sommes inspirés en grande partie d'une enquête réalisée en 1949 par l'Institut National d'Hygiène, sous la direction des Professeurs BUGNARD - DEBRE - LACOMME - LANTUEJOUL - LELONG - LEVY-SOLAL - MAYER - RAVINA et des Docteurs BERLIOZ et ALISON.

Cette enquête a porté sur les enfants nés dans cinq grandes maternités parisiennes, du 1er janvier au 31 décembre 1949, où l'on a enregistré 13.805 naissances.

Il y a eu 596 décès, ce qui représente une mortalité de 43,2 °/₀₀ qui se décompose de la façon suivante :

- Mortalité avant travail.....	146 (24,5 %)	
- Mortalité pendant travail....	142 (23,8 %)	
- Décès du 1er jour.....	146 (24,5 %)	226
- Décès du 2e. au 7e. jour.....	80 (13,4 %)	
- Décès du 8e. au 30e. jour....	82 (13,8 %)	
TOTAL	596	

On peut faire de suite une première constatation, ces chiffres sont bien en rapport avec les statistiques portant sur l'ensemble de la France, concernant la répartition de la mortalité par tranche d'âge.

2) CAUSES MEDICALES DES DECES.

Certaines d'entre elles interviennent de façon isolée. Ailleurs, plusieurs facteurs entrent en jeu en même temps, l'un d'eux jouant un rôle déterminant, les autres intervenant en favorisant la survenue du décès.

Les chiffres dont il sera question ici concernent pour chaque cause leur rôle unique et associé principal, les causes favorisantes étant laissées de côté.

Les causes médicales des décès peuvent être réparties en quatre groupes :

- Les maladies de la mère.
- Les maladies de l'oeuf et du foetus.
- Les circonstances de l'accouchement.
- Les causes indéterminées et inconnues.

Notons enfin, avant d'aborder l'étude de ces différents groupes, que sur les 596 décès de cette statistique, 59 d'entre eux sont dus à des circonstances post-natales sans rapport avec le déroulement de la grossesse ou de l'accouchement. Ils ne seront donc pas envisagés ici.

A.- LES MALADIES DE LA MERE.

Avec 117 décès, elles représentent environ 21,5 % du total général des causes.

Elles peuvent être divisées en deux grands groupes, avec d'une part les maladies non infectieuses :

- La maladie gravidique tardive et ses deux grandes complications, éclampsie et apoplexie utéro- placentaire.

- Les maladies organiques pré-gravidiques.

- Le diabète.

- Les traumatismes maternels.

- Les causes diverses.

Ce sont d'autre part les maladies infectieuses :

- La tuberculose.
- La syphilis.
- Les infections aigues.
- Les endométrites.

- LA MALADIE GRAVIDIQUE TARDIVE a été responsable de 49 décès et représente 8,2 % du total général des causes. Ces chiffres correspondent d'une part à la mortalité observée lors de l'association des trois grands symptomes de ce syndrome: albuminurie, oedèmes, hypertension artérielle; d'autre part, à celle de l'éclampsie et de l'apoplexie utéro-placentaire.

  L'étude statistique détaillée nous montre que la mort survient le plus souvent avant le début du travail, parfois au cours de celui-ci, rarement au cours de la première semaine.

- LES MALADIES ORGANIQUES PRE-GRAVIDIQUES sont la néphrite chronique, surtout hypertensive, les cardiopathies et les pneumopathies sévères.

  Les néphropathies ont été responsables de 7 décès et les cardiopathies de 2 décès seulement. Ces affections représentent ensemble 1,5 % du total général des causes.

- LE DIABETE est après les néphropathies gravidiques, la cause la plus fréquente de mortalité.
  Ainsi, la mortalité globale des enfants nés de mère diabétique est de 20 à 30 %.

  La mort survient parfois dans les dernières semaines de la gestation, le plus souvent au moment de l'accouchement ou dans les jours qui suivent.

- Notons encore que les traumatismes maternels avec un décès et les causes diverses avec 13 décès, représentent environ 2,5 % du total général des causes.

- LA TUBERCULOSE ne constitue pas un danger pour le foetus et l'atteinte congénitale exceptionnelle ne se voit que dans les tuberculoses aigues et généralisées de la mère.

Néanmoins il est capital d'en faire le diagnostic chez la femme enceinte car le danger encouru par l'enfant est celui d'une contagion post-natale.

Une fois le diagnostic posé, la séparation de l'enfant d'avec sa mère aussitôt après la naissance, la vaccination par le B.C.G. préservent efficacement le nourrisson contre une contagion possible.

- LA SYPHILIS intervient dans 3,7 % du total général des causes et son rôle a été prouvé 18 fois à titre de cause unique et 4 fois à titre de cause associée principale.

  Sa fréquence, sans être négligeable est moindre qu'on ne l'admettait classiquement.

  Par ailleurs on a constaté que dans les cas où les réactions sérologiques étaient positives au moment de l'accouchement la mort survenait le plus souvent avant le travail.
  Au contraire, dans les syphilis à réactions humorales devenues négatives, le pourcentage de mortalité le plus élevé s'observe après la naissance et en particulier au cours de la première semaine.

- LES INFECTIONS AIGUES MATERNELLES sont responsables de 2,5 % des décès. Là encore la mortalité ne dépasse pas la première semaine de la vie et c'est essentiellement avant le début du travail que survient la mort foetale.

  On constate par ailleurs que les maladies infectieuses aigues survenant dans les trois derniers mois de la grossesse sont une cause de mortalité dont la fréquence est à peu près deux fois plus grande que pour celles des deux premiers trimestres de la gestation.

- Enfin, les ENDOMETRITES, colibacillaires surtout, plus rarement tuberculeuse, peuvent être responsables de la mort foetale qui survient généralement au cours de la première semaine de la vie du nourrisson.

  Avec 8 décès, elles représentent 1,4 % du total général des causes.

B.- LES MALADIES DE L'OEUF ET DU FOETUS.

Dans ce groupe nous envisagerons le rôle du placenta praevia, de l'iso-immunisation Rh, de l'hydramnios sans étiologie, de la gémellité, de la grossesse prolongée et des troubles hormonaux, de l'infection amniotique, des malformations congénitales et enfin de causes diverses.

- L'INSERTION ANORMALE DU PLACENTA, avec 25 décès, qui représentent 4 % du total général des causes, est un facteur important de mortalité.

  Le décès survient habituellement au moment de l'accouchement et dans les jours qui suivent.

- LES INCOMPATIBILITES SANGUINES et principalement l'iso-immunisation Rh, sont responsables de 18 décès, dont 5 avant le travail, 4 pendant l'accouchement et 9 dans les jours qui ont suivi la naissance.

- LES TROUBLES HORMONAUX constituent davantage un facteur d'avortement, tandis que la grossesse prolongée au-delà de 9 mois ½ a été incriminée dans 25 cas. Elle est responsable de 5,4 % des décès totaux.

- L'importance des MALFORMATIONS CONGENITALES GRAVES, incompatibles avec la vie est manifeste puisqu'elles sont responsables de 32 décès.

  La mort survient habituellement au cours de la première semaine de la vie.

- De même la GEMELLITE avec un taux de 3 % est un facteur non négligeable de mortalité au cours du travail et surtout des premiers jours de la vie.

  En dehors des 18 cas où elle représente la cause essentielle de la mort, sur les 596 enfants décédés 33 autres étaient des produits de grossesses multiples où la cause principale du décès était l'un des autres facteurs de mortalité.

  Ces chiffres confirment bien la notion classique de la fragilité des jumeaux.

- Enfin, l'INFECTION AMNIOTIQUE avec 5 décès et les causes diverses avec 9 décès terminent l'étude statistique de mortalité par maladies de l'oeuf et du foetus.

C.- LES CIRCONSTANCES DE L'ACCOUCHEMENT.

Les facteurs responsables de la mort foetale au moment de l'accouchement sont :

- LES DYSTOCIES parmi lesquelles il faut distinguer :

  . Les dystocies par anomalie du bassin maternel.
  . Les dystocies dynamiques.
  . Les dystocies des parties molles.
  . Les présentations dystociques.

- LES CAUSES FUNICULAIRES : procidence du cordon
  circulaires serrés
  noeuds du cordon.

- LES CAUSES DIVERSES.

- La répartition de ces différents facteurs est donnée dans le tableau suivant:

	MNAT	MNPT	Décès 1ère semaine	Décès 2e 3e,4e sem.	Total	%
Anomalie du bassin	0	8	4	0	12	1,9
Dystocie dynamique	0	14	4	0	18	3
Dystocie des parties molles	0	1	1	0	2	0,3
Présentations dystociques	0	14	3	0	17	2,9
Procidence du cordon	1	7	1	0	9	1,5
Circulaire serré	4	5	2	0	11	1,8
Noeud du cordon	0	0	3	0	3	0,5
Causes diverses	3	19	15	0	37	6,3

MNAT : mort-nés avant travail.

MNPT : mort-nés pendant travail.

Ces chiffres confirment donc les notions classiques, à savoir l'importance de tous ces facteurs dans la mortalité survenant au moment de l'accouchement et dans les jours qui suivent.

D.- LES CAUSES DIVERSES ET INCONNUES.

Elles représentent 197 décès, soit 33 % où la cause a été mal précisée ou est restée inconnue.

L'importance de cette imprécision provient certainement du fait que très peu de vérifications anatomiques ont été pratiquées.

En effet, l'autopsie a été faite dans 28 % des cas totaux et presque jamais pour les mort-nés avant travail.

Le tableau suivant nous donne la répartition de ces décès:

- Macération sans étiologie 52
- Prématurité sans étiologie..... 73
- Cyanose..... 8
- Hépatite 3
- Autres causes 10
- Causes inconnues..... 33

3). CAUSES SOCIALES DES DECES.

Les facteurs sociaux étudiés ici, n'ont été retenus, pour chaque cas considéré individuellement, que dans la mesure où ils étaient censés jouer un rôle principal ou secondaire dans la mort de l'enfant.

On a ainsi relevé que dans 61,4 % des cas il n'y avait pas de facteur social responsable.

Dans les autres cas, soit 33,5 % des décès, un facteur social a joué un rôle déterminant ou favorisant, mais il faut souligner qu'aucun décès n'a pu être imputé entièrement à une cause sociale, sans qu'intervienne une cause médicale.
C'est la raison pour laquelle le terme de facteur social se justifie davantage que celui de cause sociale.

Les facteurs sociaux en partie responsables de la mortalité sont les suivants:

- L'ignorance et la négligence de la mère, mise en cause dans 9,2 % des cas.

  Elle intervient essentiellement dans la mortalité avant travail et le plus souvent il s'agit d'erreurs dans l'application du traitement des néphropathies gravidiques.

- L'ignorance ou la négligence de l'entourage sont intervenues dans 5,7 % des décès. Cette cause est le plus souvent incriminée avant l'arrivée de la femme à la maternité.

- L'indigence des parents, facteur de mauvaises conditions de vie et d'hygiène , intervient surtout dans la mortalité post-natale.

- Le surmenage maternel a été considéré comme ayant pu jouer un rôle, à titre principal, dans 7,4 % des décès et c'est sur la mortalité de la première semaine que ce facteur agit le plus.

  Ceci s'explique par le fait que le surmenage est surtout un facteur de prématurité.

  Par ailleurs, on a montré que l'action du surmenage sur la mortinatalité et la mortalité néo-natale était d'autant plus importante qu'il existait dès les premiers mois de la grossesse.

- En fonction de la surveillance prénatale on peut faire plusieurs remarques:

  . 70 % environ des mères d'enfants décédés, ont subi au moins leurs trois examens règlementaires.

  . Dans la plupart des cas le premier examen a été effectué avant la fin du 3e. mois de grossesse.

  . Un point intéressant est celui du lieu où les examens prénataux sont pratiqués.

    On remarque qu'il y a plus de décès parmi les enfants des mères dont la grossesse a été surveillée ailleurs que dans la maternité chargée de l'accouchement.

Entre autres causes, la mauvaise liaison entre les responsables des examens prénataux et la maternité où la femme accouche a été prouvée dans 6 cas.

- A propos de l'influence de l'état légal de l'enfant, on a remarqué que la répartition des mot-nés pendant le travail était identique pour les enfants légitimes ou naturels. Ceci parait normal puisqu'entrent en jeu les mêmes conditions obstétricales pour les deux groupes.

  Au contraire, les conditions prénatales et surtout post-natales, semblent intervenir au détriment des enfants illégitimes.

4). LA PREMATURITE.

Cette cause mérite une étude spéciale, car le nombre d'enfants qui naissent avant terme reste important. Il représente environ 7 % de toutes les naissances vivantes.

Les enfants pesant moins de 2.500 grammes représentent la moitié de la mortalité totale , 274 cas sur 596 dans cette statistique.

On constate que 46 % d'entre eux meurent avant la naissance, 45 % au cours de la première semaine et surtout dans les 48 premières heures.
La mortalité restante (9%) survient au cours des 3 semaines suivantes, pour la plupart de ceux qui passent le cap de la première semaine.

A propos des causes médicales de prématurité , le Professeur LACOMME a publié tout récemment une statistique faisant état des résultats suivants :

- Etats pathologiques maternels : 24,5 %

  . Toxémie ..... 11,7 %
  . Syphilis ..... 4,2 %
  . Infections aigues..... 4,5 %
  . Cardiopathies ..... 1,7 %
  . Tuberculose récente..... 0,2 %
  . Rh. ..... 1,7 %
  . Divers ..... 5,8 %

- Causes obstétricales : 24,2 %.

  . Insertions basses ..... 13,5 %
  . Rupture prématurée des membranes..... 8,4 %
  . Décollement placentaire..... 0,7 %
  . Divers (hydramnios, tumeurs, malformations etc...)..... 1,5 %

- Causes indéterminées dont un certain nombre d'origine endocricienne : 51 %

Le rôle des causes sociales a été retenu dans 47 % des cas de prématurité. L'ignorance ou la négligence de la mère a été prouvée dans 13 % des cas et le surmenage maternel dans 11,3 %.

5). FACTEURS DE MORTALITE FOETO-INFANTILE INFLUENCES PAR LES MESURES DE P.M.I.

a). La maladie gravidique tardive a été l'objet d'une attention toute particulière de la part des promotteurs du plan de P.M.I.
La recherche systématique de l'albuminurie au cours de chaque visite prénatale, celle d'une augmentation anormale de poids permettent de déceler très tôt et de traiter les manifestations de ce syndrome.

Les conseils d'hygiène alimentaire dispensés au cours de ces mêmes visites, jouent également un rôle préventif non négligeable.

Grâce à ces mesures, il est de fait que les deux grands accidents paroxystiques de cette affection sont devenus exceptionnels, se réduisant à 1 ou 2 cas annuels dans les grands Centres d'accouchement.

b). Les maladies organiques pré-gravidiques sont dépistées par l'examen médical général prévu au cours de la première visite prénatale.

c). Le diabète est reconnu par la recherche systématique de la glycosurie à chaque examen prénatal.

Cependant, si l'insulinothérapie a permis une amélioration du pronostic maternel il n'en est malheureusement pas de même du pronostic foetal.

Néanmoins la découverte d'un diabète chez une femme enceinte, laissant présager une naissance difficile, elle permettra d'orienter la femme vers une maternité bien équipée et de prendre toutes dispositions utiles au moment de l'accouchement.

d). La prévention de la syphilis et de la tuberculose a été également le souci majeur du Législateur et dans cet esprit il a prévu une recherche systématique des réactions sérologiques et un examen radiologique pulmonaire au cours de l'examen prénuptial et de la première visite prénatale.

A propos de la tuberculose nous avons vu qu'il était nécessaire d'en faire le diagnostic avant la naissance du bébé, de façon à l'isoler de sa mère dès la naissance.

Il en est de même pour la syphilis dont le diagnostic doit être fait très tôt et le traitement commencé avant le 5e. mois, date à laquelle le tréponème est capable de traverser la barrière placentaire.

S'il n'est pas possible de fournir à cet égard des résultats statistiques d'ensemble, en raison de la possibilité de subir ces investigations ailleurs que dans les Centres de P.M.I., les chiffres relevés dans les dispensaires nous permettent de constater :

- Qu'en 1956 - sur 64.188 examens prénuptiaux - on a dépisté 255 cas de syphilis, soit 0,30 °/₀₀

- En 1950 ce pourcentage était de 0,79 ‰

- QU'au cours de cette même année 1956, 64.789 femmes et 5.139 hommes ont été examinés à propos de la première visite prénatale.

  On a trouvé 431 syphilis chez les femmes, soit 0,66 °/₀₀ et 29 chez les hommes, soit 0,56 °/₀₀.

  En 1950 ces chiffres étaient respectivement de 1,15 et 3,23 °/₀₀.

On peut ainsi constater une régression marquée du nombre de cas de syphilis entre 1950 et 1956, ce qui correspond à une diminution de la fréquence de cette maladie.

e) Les risques de mort foetale au moment de l'accouchement ont été améliorés, mais dans une certaine mesure seulement par la surveillance de la fin de grossesse, par le développement de maternités bien équipées, enfin et surtout par la tendance actuelle que montrent les parturientes à ne plus accoucher à domicile.

f) A propos des mesures sociales ayant contribué au progrès réalisés il faut citer :

- Le rôle de l'éducation sanitaire, grâce à laquelle la mère est instruite des problèmes d'hygiène alimentaire.

  La distribution de fascicules de vulgarisation permet aux futures mères de se familiariser avec les signes d'alarme pouvant faire craindre la survenue de troubles graves pour elles et le foetus. Elles pourront donc très tôt consulter leur médecin.

- Celui des assistantes sociales, venant stimuler à domicile les mères négligentes ou réfractaires à une surveillance prénatale sérieuse.

- Celui du repos pré et post-natal qui permet d'éviter le surmenage de la femme enceinte salariée pendant les dernières semaines de la grossesse et après l'accouchement.

- L'influence des maisons et hôtels maternels, dans lesquels la femme enceinte en situation irrégulière peut y trouver avant et après l'accouchement, l'aide morale et matérielle qui lui permettra de passer un cap difficile.

  Cette assistance a une action heureuse sur l'enfant en évitant les abandons, en offrant à la mère des conditions d'élevage idéales et en diminuant ainsi la mortalité des enfants illégitimes particulièrement exposés, nous l'avons vu, au cours de la période prénatale et surtout postnatale.

6). EN CONCLUSION l'étude statistique générale de la mortalité foeto-infantile a montré une régression importante de cette mortalité.

Cette régression a été observée surtout depuis la mise en place du plan de P.M.I. Les mesures adoptées et la participation de la Sécurité Sociale ont grandement contribué à l'obtention de cette amélioration.

Les résultats obtenus l'ont été grâce à l'institution d'une médecine préventive qui a permis l'amélioration du pronostic maternel et foetal de la toxémie gravidique de la syphilis, de la tuberculose et de façon plus modeste des accidents obstétricaux au moment de l'accouchement. Cette médecine préventive a été étendue à tout le territoire grâce à la généralisation de centres de soins pouvant bénéficier de l'apport de techniques médicales nouvelles.

D'ailleurs, le rôle de la P.M.I. peut être montré de façon indirecte, si l'on constate que les départements français du Nord et du Pas de Calais, où la morbidité et la mortalité étaient les plus importantes, étaient justement ceux qui avaient le moins profité de ces mesures. Une enquête réalisée dans ces départements a montré effectivement une insuffisance numérique du personnel médico-social et de l'équipement hospitalier.

Cette situation particulière entre 1950 et 1956 s'est améliorée depuis et très rapidement on a pu observer une régression des taux de morbidité et de mortalité. Actuellement, ces taux tendent à s'uniformiser avec ceux des autres départements français.

II.- LE PROBLEME DES PRESTATIONS.

Les prestations en espèces délivrées par les organismes de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales atteignent -elles leur but sur le plan médical ?

Il est incontestable qu'elles constituent un moyen puissant de coercition grâce auquel la surveillance de la grossesse est une chose effective.

On en veut pour preuve la faible fréquentation des consultations post-natales par rapport à celles des visites pré-natales. Contrairement à ces derni-res aucune prestation en dehors d'une prime d'assiduité consentie par certaines Caisses de Sécurité Sociale, n'est attachée à la pratique de cet examen post-natal.

- DEUXIEME CHAPITRE.-

RESULTATS OBTENUS SUR LE PLAN SOCIAL .

Parmi les objectifs sociaux de la politique de P.M.I., l'amélioration de la situation démographique a été le but principal à atteindre et dans ce chapitre, il sera essentiellement question des résultats obtenus sur la natalité.

I.- EVOLUTION DE LA NATALITE.

Le nombre moyen des naissances vivantes en France, qui était de l'ordre de 920.000 au début du XIXe. siècle, s'est ensuite accru jusqu'à atteindre I million au cours de la période comprise entre 1866 et 1870.

Depuis, l'on a constaté une diminution progressive de la natalité avec 885.000 naissances vivantes au début de ce siècle, 770.000 pour la période comprise entre 1921 et 1925 et seulement 660.000 en moyenne pour les années précédant immédiatement la seconde guerre mondiale.

Après 1946 un redressement très net s'est manifesté et l'on a compté 860.000 naissances en moyenne pour les années 1946-1950.

Enfin, depuis 1951 on observe un certain recul de la natalité qui se stabilise cependant aux environs de 800.000 naissances vivantes par an.
Ainsi le nombre des naissances était de 820.000 en 1951
805.000 en 1954
813.000 en 1957
805.000 en 1958
816.000 en 1959.
Ce recul s'explique d'ailleurs, dans une certaine mesure, par la baisse de nuptialité résultant de l'arrivée au mariage des classes creuses nées à partir de 1933.

Si l'on compare la natalité en France à celle de certains pays étrangers, on constate également une reprise de la natalité dans la plupart des pays de civilisation occidentale, à partir de 1945. Cependant, partout sauf en France, elle devait reperdre rapidement du terrain.

En 1956 l'Office Mondial de la Santé a publié un rapport démographique dans lequel on peut relever les chiffres suivants. Ces chiffres correspondent au taux brut de natalité, c'est à dire au nombre de naissances vivantes au cours de l'année 1955, ramené à 1.000 personnes de la population totale du pays considéré.

- Allemagne Fédérale : 15,7
- Royaume-Uni ..... : 15
- Belgique ..... : 16,8
- Espagne ..... : 20,4
- FRANCE ..... : 18,5
- Italie ..... : 18,1
- Pays-Bas ..... : 21,4
- Suède ..... : 14,8
- Suisse ..... : 17,1

Seule donc la France qui était à l'avant garde du déclin démographique a conservé un taux de natalité à peu près constant depuis 1945 puisqu'il était de 20,6 en 1945 - 20,7 en 1949 - 19,2 en 1952 - 18,5 en 1956.

Ainsi, dès 1945 l'attitude des français à l'égard de la procréation s'est modifié radicalement, se traduisant par une reprise spectaculaire de la fécondité.
Le problème a souvent été débattu de savoir si cette évolution a été influencée par les mesures de P.M.I. Pour certains les mêmes phénomènes auraient été observés en l'absence de cette législation.
Cependant et bien qu'il soit impossible d'en administrer la preuve formelle on peut penser que cette tendance a été provoquée par les mesures de compensation des charges familiales et l'institution de prestations en espèces à l'occasion de la grossesse. Les allocations prénatales ont stimulé de façon incontestable le désir de fécondité des français, en apportant une aide importante aux familles au moment de la grossesse et de la naissance. Il en est de même pour les Allocations Familiales dont les taux en vigueur ne deviennent substantiels qu'à partir du deuxième enfant, voire du troisième.

A cet apport matériel, s'associent les prestations en nature de l'assurance maladie en cas d'incapacité du chef de famille. Ceci a également contribué à la reprise de la natalité en diminuant le sentiment d'insécurité matérielle dans laquelle se trouvaient les classes ouvrières de la population avant l'institution de la Sécurité Sociale.

Quoiqu'il en soit, l'on constate que dans l'histoire du monde c'est la première fois que l'on voit un pays rajeunir et ceci a été observé depuis l'application en France d'une politique cohérente économique, sociale, médicale et humaine.

- CINQUIEME PARTIE -

ORIENTATION POSSIBLE DE LA P.M.I.

Le plan de P.M.I. estt entré en vigueur depuis plus de 15 ans maintenant. Les rapides progrés obtenus, grâce aux dispositions qu'il prévoyait, sont la preuve de son utilité et de son efficacité.

Cependant il faut souligner que les taux français de morbidité et surtout de mortalité foeto-infantile sont encore importants par rapport à ceux de certains pays étrangers, et lorsque l'on consulte le tableau des causes de mortalité, l'on constate que de nouveaux progrés pourraient encore être réalisés.

De plus, depuis 1945 des problèmes médicaux nouveaux ont été soulevés, qui doivent diriger l'orientation actuelle de la P.M.I.

Ces problèmes nouveaux et quelque suggestions en vue de résoudre les problèmes qu'ils posent, seront étudiés dans un premier chapitre.

Mais à côté de ces problèmes médicaux, il existe des aspects sociaux nouveaux à envisager et c'est par leur étude que nous terminerons la cinquième partie de notre thèse.

- PREMIER CHAPITRE -

PROBLEMES MEDICAUX ACTUELS .

Ces problèmes sont au nombre de quatre et ce sont :

- Les maladies infectieuses aiguës.
- Les lésions obstétricales.
- Les accidents par incompatibilité Rhésus.
- La prématurité.

I.- LES MALADIES INFECTIEUSES AIGUES.

Nous savons que toutes les maladies infectieuses aiguës de la mère sont susceptibles de retentir sur la grossesse, entrainant suivant la période à laquelle elles surviennent un avortement, un accouchement prématuré ou des malformations foetales en dehors de la mort du produit de conception dont nous avons déjà parlé.

Or actuellement, le diagnostic de ces affections est fait le plus souvent de façon rétrospective, devant la lésion foetale car elles passent fréquemment inaperçues chez la mère.

Nous envisagerons successivement les embryopathies d'origine infectieuse et les affections d'origine parasitaire.

A./ Les embryopathies d'origine infectieuse sont surtout des maladies à virus et parmi celles-ci la Rubéole occupe la plus grande place.

Avant d'en aborder l'étude, signalons toutefois que la rougeole de la mère, la varicelle, les oreillons, la coqueluche, la variole, la grippe, la maladie à inclusions cytomégaliques et enfin la poliomyélite antérieure aiguë, sont susceptibles de retentir sur le produit de conception. Cependant, le nombre de cas observés reste très modeste.

A propoe de la rubéole, on sait que les risques d'embryopathie sont particulièrement élevés pendant les sept premières semaines de la grossesse, puis ils diminuent jusqu' à la fin du troisième mois.

Chez le foetus, toutes les malformations peuvent se voir ; elles peuvent être uniques ou associées. Cependant l'on observera surtout des malformations oculaires, cardiaques et encéphaliques lorsque la maladie survient chez la mère avant la 10éme semaine de la grossesse. Plus tardive elle entraine surtout une surdité.

On voit donc qu'il existe pour la rubéole un facteur temps essentiel dont il faudra tenir compte, s'agissant de protéger les toutes premières semaines de la grossesse.
Or le premier examen prénatal est habituellement subi au cours du troisième mois de la grossesse et à ce moment il est souvent trop tard pour affirmer le diagnostic et surtout pour prévenir l'atteinte foetale par l'administration de sérum de convalescent ou de gamma-globulines spécifiques. En effet, l'on sait que pour être active cette thérapeutique doit être effectuée moins de 72 heures après le contage.

Par conséquent c'est sur la prophylaxie de cette affection que doivent porter nos efforts et dans ce but on a proposé d'inoculer aux fillettes et aux jeunes filles des cultures de virus, mais l'immunité ainsi obtenue ne protége pas toujours le foetus.
On a même pensé supprimer la loi de 1902 concernant l'éviction des fillettes atteintes de rubéole de façon à ce que cette maladie soit contractée plus tôt que plus tard.

Mais en fait l'on reste désarmé sur le plan de la prévention et dans l'état actuel des choses il semble que seule une éducation sanitaire bien conduite permettrait aux femmes se sachant enceintes, et il est rare qu'elles ne soient pas conscientes très tôt de leur état, d'éviter tout contact avec des sujets atteints de rubéole ou de pouvoir bénéficier en venant consulter rapidement d'une thérapeutique efficace.

B./ LES EMBRYOPATHIES PARASITAIRES se résument à l'étude de la Toxoplasmose, en dehors de la Listériose qui est une affection très rare chez la femme enceinte.

La Toxoplasmose du nouveau-né est une maladie aussi fréquente que la syphilis et la prophylaxie de cette affection chez la mère doit faire l'objet des mêmes mesures de dépistage.

Rappelons brièvement la symptomatologie de cette maladie lorsqu'elle survient chez la mère où deux cas peuvent se présenter :

- Parfois il s'agit de formes cliniquement inapparentes et seul le laboratoire nous permet de la reconnaître.

  Pour cela on fait appel à des méthodes sérologiques telle la réaction de déviation du complément et surtout le test de lyse du toxoplasme de SABIN et FELDMAN.
  Ce test objective l'apparition des anticorps qui apparaissent vers la 14éme semaine qui suit la contamination.
  Le taux des anticorps s'accroît durant 1 mois ½ à 2 mois, reste à son maximum pendant 6 mois environ, puis décroît lentement durant les années suivantes.
  L'accroissement du taux des anticorps entre deux prélèvements, à trois semaines d'intervalle, permet d'authentifier l'infection récente.

  En dehors de ces réactions sérologiques on peut faire le diagnostic de cette affection par l'isolement du parasite après inoculation de prélèvements ganglionnaires ou musculaires.

  La toxoplasmose est une affection fréquente puisque chez l'adulte de plus de 30 ans, on ne trouve que 13 % de sujets à réaction négative.

- Ailleurs viennent s'ajouter à ces signes biologiques des manifestations cliniques qui sont des adénopathies douloureuses au début de la maladie, avec une éosinophilie sanguine.
  Plus rarement s'associe une éruption maculo-papuleuse ou une méningite lymphocytaire.

Pour le foetus on pense que la periode nocive va du troisième mois à la fin de la grossesse. L'infestation se produit pendant

la phase de parasitémie maternelle au cours de laquelle le toxoplasme se retrouve dans le sang pendant quelques jours.

Cette affection est une cause de prématuration et de plus elle est responsable d'un grand nombre de retards psychomoteurs, d'hydro ou de micro-céphalie et de troubles oculaires.

Du fait de cette morbidité il n'est pas indifférent de faire le diagnostic de cette maladie chez la femme enceinte, d'autant que la sulfadimérazine et le daraprim constituent un traitement actif, mais qui doit être effectué rapidement pour empêcher l'apparition de lésions chez le foetus.

C'est la raison pour laquelle il faut préconiser un dépistage sérologique précoce et systématique de la toxoplasmose chez toutes les femmes enceintes.
S. TROISIER et J. BARRIER ont envisagé ce dépistage de la façon suivante dans un article paru dans la Revue du Praticien (tome XI, n° 5, février 1961).

- Au moment de l'examen prénuptial faire un examen sérologique et s'il est positif, il n'y a rien à craindre , la femme ayant déjà contracté la toxoplasmose.

  S'il est négatif, il faudra surveiller les grossesses éventuelles et dans ce cas :

- Au 3e. mois de la grossesse, lors de la prise de sang règlementaire, l'on fera en même temps une nouvelle recherche sérologique de la toxoplasmose et 3 cas peuvent se présenter :

  . La réaction est positive faible et il y a tout lieu de croire à une infection ancienne non dangereuse.

  . La réaction est positive forte et il faut traiter systématiquement.

  . La réaction est négative et il faudra renouveler les prises de sang.

.- <u>LES LESIONS OBSTETRICALES.</u>

Ce sont les lésions survenant chez le foetus au moment de l'accouchement.

Les dystocies, les causes funiculaires, la rupture prématurée des membranes et d'une façon générale tous les facteurs d'anoxie au moment du travail, peuvent provoquer chez le foetus plusieurs variétés de lésions dont les principales sont :

- Des lésions centrales à type d'hémorragie cérébro-méningée ou plus rarement d'oedème cérébro-méningé.

- Des lésions périphériques dont les plus graves sont les lésions pulmonaires.

En 1957 les traumatismes obstétricaux ont été responsables de 2.337 décès en dehors de la persistence de séquelles psycho-motrices graves chez un grand nombre de nourrissons. Ces chiffres démontrent combien est dangereux pour le nouveau-né le moment de la naissance et la nécessité de considérer cet acte avec un soin particulier.

Comme nous l'avons vu la surveillance prénatale a permis une amélioration des risques inhérents à l'accouchement. Cependant il reste encore quelques lacunes et il semble que des mesures nouvelles permettraient d'améliorer encore le pronostic foetal.

a). Le nombre de femmes venant accoucher sans aucun renseignement sur le déroulement de leur grossesse et dont la surveillance a été effectuée ailleurs, est encore beaucoup trop élevé.
Il faut donc inciter les parturientes à se faire suivre par le médecin susceptible de pratiquer l'accouchement; soit à la consultation du Centre qui recevra la femme à l'occasion de la naissance.

Il semble qu'une suppression des consultations prénatales isolées, non intégrées à une maternité, et les conseils dispensés à domicile par les assistantes sociales amèneraient les futures mères dans cette voie.

b). Dans de nombreuses régions rurales et sub-urbaines, la surveillance prénatale ne peut se faire correctement faute de Centres bien répartis en nombre et en fonction des moyens de communication.

C'est dans ces régions que l'on devrait multiplier les consultations mobiles, auxquelles pourraient prendre part les médecins exerçant dans la commune considérée et qui seront appelés en fin de grossesse à assister la femme au moment de la naissance.

Cette mesure constituerait, en dehors d'une continuité dans la surveillance de la grossesse, un gain de temps pour les médecins et les femmes enceintes dans des régions souvent mal pourvues en moyens de communications.

c). Pour diminuer les risques de la naissance, il faut que les accouchements difficiles soient pratiqués dans les maternités les mieux outillées.
Mais pour prévoir ces difficultés il y a lieu d'instituer une 4e. visite prénatale au début du 9e. mois de la grossesse.

A titre d'exemple la découverte d'une présentation dystocique, d'un risque de procidence du cordon par hydramnios ou grossesse gémellaire, facteurs qui ne peuvent être évalués à leur juste valeur, souvent avant cette date, permettra de prendre calmement toutes les dispositions utiles en vue d'un accouchement peut être difficile.

Il est évident que la visite prénatale du 8e. mois, souvent pratiquée au début de ce mois, est trop éloignée de l'accouchement et ne permet de remplir ce rôle que de façon incomplète et imparfaite.

d). A propos de cette étude sur les accidents obstétricaux, il nous semble utile d'évoquer le problème de l'accouchement psycho-prophylactique.

A ce sujet une enquête a été réalisée entre 1953 et 1956 par l'Institut National d'Hygiène dans cinq grandes maternités.

- Parmi les résultats objectifs constatés à l'issue de ce travail un point important mérite d'être souligné, c'est la fréquence moindre des signes de souffrance foetale et du retard à l'installation de la première respiration lorsque la mère a pratiqué une méthode d'accouchement psycho-prophylactique.

- Du point de vue subjectif, les résultats sont remarquables puisque la proportion des échecs, c'est-à-dire des femmes auxquelles la méthode n'a rien apporté, varie entre 7 et 28 %.

En ce qui nous concerne, nous pensons qu'il faut inciter les femmes enceintes à la pratique de ces méthodes, car en dehors des influences heureuses que nous venons de citer, elles constituent un excellent moyen d'éducation sanitaire. En effet, au cours d'une série de conférences, la mère est informée des données physiologiques élémentaires de la grossesse.

En sortant quelque peu du cadre de l'accouchement proprement dit, on pourrait y associer au cours d'une prise de contact préliminaire, au début du 5e. mois de la grossesse par exemple, des notions élémentaires sur la pathologie de la gestation.

Enfin, cette pratique de l'accouchement psycho-prophylactique permet une surveillance médicale plus approfondie, d'une part, au cours des dernières semaines de la grossesse grâce aux contacts fréquents de la femme avec l''équipe obstétricale chargée de la préparation, d'autre part, au moment de l'accouchement du fait de l'assistance précoce au cours du travail par un médecin ou une sage-femme.

- LES ACCIDENTS PAR ISO-IMMUNISATION RHESUS.

Cette incompatibilité sanguine est responsable suivant les cas soit d'un accouchement prématuré, soit de la mort du foetus in utero avec ou sans anasarque, soit enfin d'un ictère précoce et parfois grave du nouveau-né.

Cet ictère peut évoluer sans traitement vers l'ictère nucléaire lui-même susceptible de provoquer la mort du nourrisson ou des séquelles psycho-motrices importantes.

Ce problème est de constatation récente puisque le facteur Rh a été découvert en 1940 par LANDSTEINER et WIENER et ce n'est qu'une dizaine d'années plus tard que l'on rattacha les accidents précédents à leur cause réelle.

A propos des circonstances de survenue de ces manifestations, nous rappellerons que :

- 85 % des sujets sont "Rh positif" et 15 % "Rh négatif".

- Pour qu'un accident se produise il faut que la mère soit Rh négatif et le père Rh positif.

- Parmi les couples Rh + et Rh - , 5 % seulement d'entre eux observeront des troubles chez leurs enfants.

- Enfin, les accidents surviennent généralement au bout de plusieurs grossesses (en dehors de l'iso-immunisation par transfusion sanguine hétérogène).

Actuellement la plus grande partie des enfants présentant un ictère grave par incompatibilité sanguine peuvent être sauvés grâce, en particulier, à la pratique de l'exsanguino-transfusion. Mais le plus souvent cette thérapeutique doit être effectuée très peu de temps après la naissance de l'enfant, parfois même dans les minutes qui suivent.

C'est dire la nécessité d'un diagnostic précoce qui permettrait de prévoir l'accouchement dans un Centre où le nourrisson pourra bénéficier de cette thérapeutique.
Or ce diagnostic précoce ne peut être fait que par la recherche systématique du groupe sanguin et du facteur rhésus de la femme enceinte.
Ensuite chez les femmes à rhésus négatif il faudra rechercher périodiquement le taux des agglutinines irrégulières pour pouvoir éventuellement soustraire l'enfant à l'action des anticorps maternels.

Dans l'état actuel des choses ces recherches ne sont pas obligatoires et il arrive même assez fréquemment que certaines femmes refusent ces actes qui ne sont pas toujours remboursés par les Caisses de Sécurité Sociale.

Pour les pouvoirs publics la détermination systématique et obligatoire du groupe sanguin n'est pas apparue possible d'emblée pour toutes les femmes enceintes, car cela impliquait la nécessité de disposer d'un nombre suffisant de laboratoires offrant les garanties voulues.
C'est la raison pour laquelle un certain nombre de Centres prénataux seulement, de plus en plus nombreux d'ailleurs, effectuent la recherche du facteur rhésus.

Il apparaît donc nécessaire d'officialiser et de rendre obligatoire, au même titre que la recherche de la syphilis , par exemple, la détermination du groupe sanguin et du facteur rhésus des femmes enceintes au cours du premier examen prénatal.

Les accidents ne survenant pas à la première grossesse dans l'immense majorité des cas, il n'est pas utile de faire cette recherche chez la primipare,mais il faut l'envisager au début de la seconde gestation.

IV.- LA PREMATURITE.

Si l'on se réfère à l'exposé des facteurs de prématurité, nous constatons que la plupart de ces facteurs ont été discutés dans les lignes précédentes et seuls certains éléments de ce problème restent à envisager.

S'il n'est pas possible dans l'état actuel de nos connaissances médicales d'améliorer encore le pronostic du prématuré, il semble que des progrès puissent être réalisés par la création de nouveaux Centres modèles de prématurés et par leur transport plus rapide dans ces établissements spécialisés.

Mais c'est surtout dans le domaine de la prévention de la prématuration que doivent tendre tous nos efforts et en dehors des mesures déjà préconisées on peut faire les suggestions suivantes:

- Il faut souhaiter qu'un nouvel examen prénatal soit rendu obligatoire avant la fin du 5e. mois de grossesse en vue d'assurer une meilleure prophylaxie de la prématurité.

- Le repos pendant les 6 semaines qui précèdent l'accouchement est une excellente mesure, mais seules les femmes enceintes salariées en bénéficient.
  De plus la mise au repos précoce de la femme présentant une grossesse pathologique est acceptée très facilement par les organismes de Sécurité Sociale.

Par contre, il n'en est pas de même pour la mère de famille non salariée, surtout quand elle a déjà plusieurs enfants en bas âge.
Pour avoir une idée du travail réalisé par une mère de famille,on a calculé que la durée moyenne hebdomadaire du travail ménager était de 74 heures dans les familles de 3 enfants. Les journées de travail s'étalent habituellement de 7 heures du matin à 22 ou 23 heures.

Il est donc nécessaire d'éviter le surmenage de ces femmes qui sont souvent obligées de travailler jusqu'aux dernières heures de leur grossesse. En effet, il est anormal qu'une femme qui travaille dans son ménage soit considérée par la Législation comme faisant partie de la population non active.

Pour ces mères de famille nous proposons qu'elles puissent bénéficier de façon systématique de l'aide à domicile d'une auxiliaire familiale au cours des six dernières semaines de leur grossesse.

Il pourrait en être de même au cours des six autres qui suivent l'accouchement.

- DEUXIEME CHAPITRE -

LES ASPECTS SOCIAUX ACTUELS DE LA P.M.I.

Très peu de lacunes peuvent être relevées dans les aspects sociaux de la P.M.I., cependant quelques remarques sont à faire.

- Nous venons de voir de quelle façon on pouvait améliorer l'évolution de la grossesse, dans ses dernières semaines chez les mères de famille.

- A propos du repos post-natal, si la période de huit semaines paraît suffisante pour se remettre des fatigues d'un accouchement normal, il paraît nettement trop court pour la femme qui allaite son enfant.

  En outre, les premiers mois de la vie constituent une période dangereuse pour le bébé du point de vue psychique et au cours de ce laps de temps de nombreux liens se nouent entre la mère et l'enfant. Seul un repos post-natal plus long permettrait la réalisation de cette union étroite.

  De même, pour favoriser l'allaitement maternel, on pourrait accorder aux mères allaitantes, soit un repos post-natal supérieur à huit semaines - 10 à 12 semaines par exemple - soit envisager un système de travail à mi-temps pendant le mois qui suit le repos légal. D'ailleurs dans certaines grosses entreprises il est prévu à cet effet des mises en disponibilité ou des congés d'allaitement.

  Au cours de cette période de repos la mère recevrait une indemnité compensatrice analogue à celle versée lors du repos légal.

  Ces mesures permettraient ainsi, après un allaitement maternel complet de 8 semaines, un allaitement mixte de un mois et un passage plus facile à une alimentation

artificielle et diversifiée devenue effective lorsque le bébé atteint l'âge de trois mois.

- Il paraît nécessaire de relever le taux de l'indemnité compensatrice du repos pré et post-natal.

  En effet, dans bien des cas cette indemnité est insuffisante puisqu'un certain nombre de femmes ne peuvent bénéficier de la période de repos de 14 semaines offerte par les Caisses de Sécurité sociale.

- Enfin, nous terminerons en souhaitant la généralisation et l'augmentation du nombre des Maisons et hôtels maternels dont nous avons souligné l'importance de leur rôle.

C O N C L U S I O N S .

A l'issue de cette étude portant sur "LE ROLE DE LA SECURITE SOCIALE, CHEZ LA FEMME ENCEINTE DANS LE CADRE DE LA P.M.I." les considérations que l'on peut faire sont les suivantes:

A la fin de la deuxième guerre mondiale, la situation démographique de la France, caractérisée par une dénatalité croissante et une mortalité foeto-infantile ayant atteint des taux dangereux pour l'équilibre du Pays, a incité le Législateur à entreprendre une série de mesures destinées à remédier rapidement à cet état de choses.

LA P.M.I. a été codifiée par l'Ordonnance du 2 novembre 1945 et malgré l'appauvrissement des pouvoirs publics, cette action a été menée avec de grands moyens;

Des résultats très encourageants ont été obtenus et plusieurs facteurs en sont responsables:

- C'est tout d'abord l'amélioration des techniques obstétricales et médicales, associée à la découverte de médications nouvelles.

- C'est également la mise en application des mesures de P.M.I. qui ont permis, d'une part, la généralisation à la plus grande partie du territoire de ces méthodes de soins, et d'autre part l'institution d'une médecine préventive en faveur des femmes enceintes et des enfants.

  Soulignons d'ailleurs que l'Ordonnance de novembre 1945 a été l'aboutissement des législations antérieures. En particulier, elle a été heureusement influencée par le "Code de la Famille" voté en 1939 et par les mesures adoptées en 1942 et abrogées à la libération.

Ainsi, en 1945 un grand nombre d'établissements de soins étaient déjà en place et les idées directrices de la P.M.I assimilées par le personnel médical et social chargé de les appliquer.

- Enfin, les mesures de P.M.I. ont été conjuguées avec une Législation de compensation des charges familiales et avec la mise en place d'un régime complet de Sécurité Sociale.
  Cet organisme a multiplié les objectifs de la P.M.I. en engageant des actions dans de nombreux domaines qui n'étaient pas expressément visés par l'Ordonnance du 2 novembre 1945.

  L'institution de la Sécurité Sociale a permis en particulier un recours plus fréquent à la médecine, grâce au bénéfice de l'assurance maternité.

Grâce à ces différents facteurs, quelques uns des objectifs prévus ont été atteints, à savoir :

- L'accroissement de la natalité.

- L'amélioration du niveau de vie des populations, surtout en ce qui concerne le sort des enfants.

- La morbidité et la mortalité maternelle au cours de la grossesse et de l'accouchement, peuvent soutenir la comparaison avec celles des pays les mieux favorisés.

Par contre les taux de mortalité foeto-infantile se sont insuffisamment abaissés et c'est surtout dans ce domaine que doivent tendre nos efforts actuels.

Depuis plus de 15 ans maintenant, que ces mesures ont été adoptées, de nombreuses difficultés restent donc à surmonter. La P.M.I. doit s'orienter vers des voies nouvelles tout en poursuivant et intensifiant les buts actuels.

Ces voies nouvelles doivent être considérées en fonction des problèmes initiaux insuffisamment résolus et des questions récentes mises à jour par les progrès de la médecine.

- Du point de vue social très peu de changements sont à souhaiter et nous proposons :

La généralisation des méthodes d'accouchement psycho-prophylactique qui constituent, en dehors des résultats objectifs et subjectifs enregistrés, un excellent moyen d'éducation sanitaire en matière de gravidité.
Il semble d'ailleurs que l'on s'engage dans cette voie puisque depuis quelques mois, les cours de préparation sont remboursés par les Caisses de Sécurité Sociale.

L'attribution systématique en fin de grossesse d'une aide familiale aux mères de famille afin de leur éviter un surmenage souvent néfaste à cette période de la gestation.

Un allongement de la période de repos post-natal ou un système de travail à mi-temps pour les mères allaitantes.

Enfin, de maintenir à un taux suffisant les prestations en espèces de la femme enceinte.

- Par contre des suggestions plus importantes doivent être faites à propos des problèmes médicaux et il faut souhaiter :

L'institution de mesures obligatoires qui permettraient le dépistage des maladies infectieuses aigues de la mère au cours de la grossesse et nous voulons parler en particulier de la rubéole et de la toxoplasmose.

La réorganisation de la surveillance prénatale qui pourrait être conçue de la façon suivante :

- Première visite prénatale avant la fin du 3e. mois de grossesse, comportant un examen clinique général et obstétrical pratiqué par un praticien.
  Au cours de cette visite, on s'attachera, en dehors du dépistage classique de la tuberculose et de la syphilis à la recherche d'une toxoplasmose maternelle récente. Enfin, on déterminera le groupe sanguin et le facteur rhésus à partir de la deuxième grossesse.

- Deuxième visite prénatale au cours du 5e. mois, en vue d'assurer une meilleure prophylaxie de la prématurité.

- Visites prénatales au cours des 6e. et 8e. mois, en vue de surveiller le déroulement normal de la gestation.

- Dernière visite prénatale au début du 9e. mois, autant que possible dans le Centre qui recevra la parturiente au moment de l'accouchement.

  Cet examen sera destiné à mettre en évidence les causes de dystocie et à prévoir les mesures nécessaires en vue de diminuer les risques foetaux et maternels au cours de l'accouchement.

Pour inciter les femmes à se soumettre à la visite post-natale trop souvent délaissée, on pourrait conditionner le paiement de la deuxième fraction de l'allocation de maternité, à la pratique effective de cet examen.

Enfin, il faut attirer l'attention sur certains problèmes qui ont été laissés dans l'ombre par l'Ordonnance de novembre 1945.

C'est d'une part, le recrutement et l'éducation du personnel sanitaire.
Il s'agit d'autre part, de l'amélioration technique et de la modernisation des Centres d'accouchements.

Il est bien évident que si ces différentes mesures étaient rendues obligatoires, il en résulterait une augmentation des dépenses, d'ailleurs difficiles à chiffrer, en particulier pour les Organismes de Sécurité Sociale et d'Allocations familiales.

Cependant, si l'on songe qu'en 1945 on a réussi à généraliser la P.M.I. en quelques années, malgré l'appauvrissement de l'après-guerre, actuellement , il ne devrait pas y avoir d'obstacles financiers à la mise en pratique des améliorations proposées.

C'est seulement au prix de nouveaux efforts que l'on verra les taux français de morbidité et de mortalité foeto-infantile s'uniformiser à ceux des pays étrangers mieux favorisés.

Enfin, nous voudrions terminer en signalant que toutes les notions contenues dans cette thèse ne sont valables que pour les systèmes de P.M.I. et de Sécurité Sociale en vigueur en France.

Nous n'avons pas voulu, en particulier, traiter de la question des pays sous-développés. On sait que l'introduction de telles mesures dans ces pays a été souvent critiquée et considérée comme une cause de malaise social.

Mais si nous avons esquissé ce problème, c'est pour montrer que les mesures sanitaires ne constituent qu'un aspect de la protection de la mère et de l'enfant. Pour que ces mesures puissent atteindre leur plénitude il faut qu'elles soient conçues dans un ensemble cohérent de réalisations sociales et économiques.

C'est ce que les Législations françaises ont réussi à réaliser.

-++++++++++++++++++++++-

Vu
Le Doyen :

L. BINET.

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur
de l'Académie de Paris:

J. SARRAILH.

Le Président:

M. LACOMME.

B I B L I O G R A P H I E

I - Les Institutions Sociales en France. Tomes I, II et III. Publications de la série "Le monde contemporain".

2 - La Sécurité Sociale en France , 1957. Publication de la Direction Générale de la Sécurité Sociale.

3 - La Sécurité Sociale et ses principes. Netter 1959, Librairie Sirey.

4 - La Sécurité Sociale, 1958. Publication du Bureau International du Travail.

5 - Encyclopédie Médico-chirurgicale, Volume Obstétrique, "Lois d'assistance aux femmes enceintes" "Convention internationale du travail".

6 - Journal Officiel du 6 mai 1959. Avis et rapports du Conseil Economique sur le problème de la P.M.I.

7 - Journal Officiel du 8 février 1958. Rapport du Ministre de la Santé Publique et de la Population sur la P.M.I. au cours de la période comprise entre le 1er janvier 1952 et le 31 décembre 1956.

8 - Supplément du Concours médical, n° 9 du 28 février 1953.

9 - Statistiques de Sécurité Sociale. Publication de la Direction Générale de la Sécurité Sociale. Décembre 1959.

10 - Informations Sociales. n° 21 du 1er novembre 1949.
Publication de l'U.N.C.A.F.- "La protection de la mère et de l'enfant par la Sécurité Sociale".

11 - Organisation des Maisons Maternelles. N° 10 du 15 mai 1953.
Publication de l'U.N.C.A.F.

12 - Bulletin de l'Institut National d'Hygiène. N° 4 de 1958.

13 - Enquête sur la Mortinatalité et sur la mortalité Infantile de 0 à 30 jours.
Publication de l'Institut National d'Hygiène.

14 - Prévention et dépistage des risques infectieux et immunologiques courus par l'enfant.
Article de S. TROISIER et J. BARRIER paru dans la Revue du Praticien, n° 5, 11 février 1961.

15 - Bulletin de l'Institut National d'Hygiène, n° 3 de juillet-septembre 1958.